Neighborhood Health Plan OF RHODE ISLAND™

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** 10

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 3/30/2026. 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: 3/30/2026

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 *Lista de medicamentos cubiertos*? (Llamamos a la *Lista de medicamentos cubiertos* la *Lista de medicamentos* para abreviar). 5

B2. ¿Cambia alguna vez la *Lista de medicamentos*? 6

B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la *Lista de medicamentos*? 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 *Lista de medicamentos*? 10

B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no aparece en la *Lista de medicamentos*? 10

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? 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 *Lista de medicamentos cubiertos* 15

C1. Lista de medicamentos por afección médica 16

D. Índice de medicamentos cubiertos 248

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.

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.

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 L*ista 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 L*ista de medicamentos* de Neighborhood INTEGRITY for Duals actualizada en línea, en www.nhpri.org/INTEGRITYDuals. Las actualizaciones de la L*ista 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.

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.

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

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

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.

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 L*ista 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 L*ista 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.

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.

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 L*ista 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.

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.

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 surtirse 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.

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

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.

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
Agentes Alquilantes		
bendamustine hcl intravenous solution 100 mg/4ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	B/D
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	$0-$12.65 (Nivel 5)	B/D
carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml, 450 mg/45ml, 50 mg/5ml, 600 mg/60ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	B/D
cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	B/D
cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
cyclophosphamide injection solution reconstituted 2 gm	$0-$12.65 (Nivel 5)	B/D
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	$0-$12.65 (Nivel 5)	B/D
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	B/D
cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg	$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
lomustine oral capsule 10 mg, 40 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
lomustine oral capsule 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	
oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml, 200 mg/40ml, 50 mg/10ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	B/D
vivimusta intravenous solution 100 mg/4ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	B/D
Agentes Antineoplásticos Hormonales		
abiraterone acetate oral tablet 250 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
abiraterone acetate oral tablet 500 mg	$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
anastrozole oral tablet 1 mg	$0 (Nivel 2)	
bicalutamide oral tablet 50 mg	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	
exemestane oral tablet 25 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
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
fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	B/D
INLURIYO ORAL TABLET 200 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
letrozole oral tablet 2.5 mg	$0 (Nivel 2)	
leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml	$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)	
megestrol acetate tablet 20 mg oral	$0-$12.65 (Nivel 3)	
megestrol acetate tablet 40 mg oral	$0-$12.65 (Nivel 3)	
nilutamide oral tablet 150 mg	$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)	
tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg	$0 (Nivel 2)	
toremifene citrate oral tablet 60 mg	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 28 tabletas cada 28 días
bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA
bortezomib injection solution reconstituted 3.5 mg	$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
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas 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
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
dasatinib oral tablet 20 mg	$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
ENSACOVE ORAL CAPSULE 100 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
ENSACOVE ORAL CAPSULE 25 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 270 cápsulas cada 30 días
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
erlotinib hcl oral tablet 25 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
everolimus oral tablet soluble 2 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
everolimus oral tablet soluble 3 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
gefitinib oral tablet 250 mg	$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
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
HERCESSI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 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
HYRNUO ORAL TABLET 10 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
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
imatinib mesylate oral tablet 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
imatinib mesylate oral tablet 400 mg	$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
imkeldi oral solution 80 mg/ml	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
KEYTRUDA QLEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 395-4800 MG -UNT/2.4ML	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 frasco cada 21 días
KEYTRUDA QLEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 790-9600 MG -UNT/4.8ML	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 frasco cada 42 días
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
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
KOMZIFTI ORAL CAPSULE 200 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 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
KOSELUGO ORAL CAPSULE SPRINKLE 5 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 600 cápsulas cada 30 días
KOSELUGO ORAL CAPSULE SPRINKLE 7.5 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 360 cápsulas cada 30 días
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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
nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 112 cápsulas cada 28 días
nilotinib hcl oral capsule 50 mg	$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
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
pazopanib hcl oral tablet 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
pazopanib hcl oral tablet 400 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 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

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: **3/30/2026**

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

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: **3/30/2026**

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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 80 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 4 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		
azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	B/D
cytarabine injection solution 20 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	B/D
fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	B/D
gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg	$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
mercaptopurine oral suspension 2000 mg/100ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	
mercaptopurine oral tablet 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml	$0 (Nivel 2)	B/D
methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml	$0 (Nivel 2)	B/D
methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm	$0 (Nivel 2)	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 14 tabletas cada 28 días
pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
bexarotene oral capsule 75 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 300 cápsulas cada 30 días
doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension 2 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	B/D
hydroxyurea oral capsule 500 mg	$0 (Nivel 2)	
irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	
mesna oral tablet 400 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 20 cápsulas cada 28 días
tretinoin oral capsule 10 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
Inhibidores Mitóticos		
docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	B/D
docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml	$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
etoposide intravenous solution 1 gm/50ml, 100 mg/5ml, 500 mg/25ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	B/D
paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
paclitaxel protein-bound part intravenous suspension reconstituted 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	B/D
vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml	$0 (Nivel 2)	B/D
vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
Inmunomoduladores		
lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 28 cápsulas cada 28 días
lenalidomide oral capsule 20 mg, 25 mg	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoinmunes		
adalimumab-bwwd subcutaneous solution auto-injector 40 mg/0.4ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 6 autoinyectores cada 28 días
adalimumab-bwwd subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 6 jeringas cada 28 días
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
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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg	$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
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 INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 MG/ML	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 pluma 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
TREMFYA-CD/UC INDUCTION SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2 plumas 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
ustekinumab intravenous solution 130 mg/26ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
ustekinumab subcutaneous solution 45 mg/0.5ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 frasco cada 28 días
ustekinumab subcutaneous solution prefilled syringe 45 mg/0.5ml, 90 mg/ml	$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
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)		
hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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
azathioprine oral tablet 50 mg	$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
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
everolimus oral tablet 0.25 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
everolimus oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	B/D
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	B/D
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	B/D
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	B/D
mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg	$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
sirolimus oral solution 1 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	$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 LF-MCG/0.5	$0 (Nivel 1)	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 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
bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg	$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)	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	$0 (Nivel 1)	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	$0 (Nivel 1)	B/D
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 PREFILLED SYRINGE 1440 EL U/ML, 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 SUSPENSION	$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)	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	$0 (Nivel 1)	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	$0 (Nivel 1)	
penmenvy intramuscular suspension reconstituted	$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)	

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	$0 (Nivel 1)	QL; 2 jeringas por vida
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, 50 UNIT/ML	$0 (Nivel 1)	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ML	$0 (Nivel 1)	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML	$0 (Nivel 1)	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	$0 (Nivel 1)	
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML	$0 (Nivel 1)	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	$0 (Nivel 1)	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	$0 (Nivel 1)	
ANALGÉSICOS		
Aine		
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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
celecoxib oral capsule 400 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
CHILDRENS ADVIL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	$0 (Nivel 1)	DP
childrens ibuprofen 100 oral suspension 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml, 200 mg/10ml	$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
cvs childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs ibuprofen oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 120 tabletas cada 30 días
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg	$0 (Nivel 2)	
diflunisal oral tablet 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
eq ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq ibuprofen junior oral tablet chewable 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq ibuprofen oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eql ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml	$0 (Nivel 1)	DP
eql ibuprofen oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
flurbiprofen oral tablet 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
ft ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ft ibuprofen ib childrens oral tablet chewable 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml	$0 (Nivel 1)	DP
ft ibuprofen oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft pain relief oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
gnp ibuprofen oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense ibuprofen oral tablet 200 mg	$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)	
ibuprofen 100 junior strength oral tablet chewable 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml, 200 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml	$0 (Nivel 1)	DP
ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ibuprofen oral suspension 200 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
ibuprofen oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	$0 (Nivel 1)	
ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral (otc)	$0 (Nivel 1)	DP
ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral (rx)	$0 (Nivel 1)	DP
ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral (rx)	$0-$12.65 (Nivel 3)	
INFANTS ADVIL ORAL SUSPENSION 50 MG/1.25ML	$0 (Nivel 1)	DP
infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml	$0 (Nivel 1)	DP
kls ibuprofen ib oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
kls ibuprofen oral tablet 200 mg	$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
meijer ibuprofen oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	$0 (Nivel 1)	
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
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg	$0 (Nivel 2)	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
naproxen oral tablet delayed release 375 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 120 tabletas cada 30 días
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
qc ibuprofen ib oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc ibuprofen oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ra ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml	$0 (Nivel 1)	DP
ra ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra ibuprofen oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra pain relief ibuprofen oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb ibuprofen oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml	$0 (Nivel 1)	DP
sm ibuprofen ib oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg	$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		
buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 4 parches cada 28 días
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	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 10 parches cada 30 días
hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	$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
methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 450 ml cada 30 días
methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
Analgésicos Opioides, De Acción Rápida		
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 2700 ml cada 30 días
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 400 tabletas cada 30 días
acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 360 tabletas cada 30 días
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 180 tabletas cada 30 días
butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 2700 ml cada 30 días
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 240 tabletas cada 30 días
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 150 tabletas cada 30 días
hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 600 ml cada 30 días
hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 ml cada 30 días
morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 900 ml cada 30 días
morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 180 ml cada 30 días
oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 900 ml cada 30 días
oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 360 tabletas cada 30 días
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 240 tabletas cada 30 días
tramadol hcl oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 240 tabletas cada 30 días
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 240 tabletas cada 30 días
Diversos		
8 hour arthritis pain oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
8 hour pain reliever oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
8 hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
8hr muscle aches & pain relief oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
acetaminophen 8 hour oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
acetaminophen childrens oral liquid 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
acetaminophen childrens oral solution 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	DP
acetaminophen er oral tablet extended release 650 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
acetaminophen extra strength oral liquid 1000 mg/30ml, 500 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
acetaminophen extra strength oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
acetaminophen infants oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
acetaminophen oral solution 160 mg/5ml, 325 mg/10.15ml, 650 mg/20.3ml	$0 (Nivel 1)	DP
acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml, 325 mg/10.15ml, 650 mg/20.3ml, 80 mg/2.5ml	$0 (Nivel 1)	DP
acetaminophen oral tablet 325 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
acetaminophen oral tablet chewable 160 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	DP
acetaminophen rectal suppository 120 mg, 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ADVIL JUNIOR STRENGTH ORAL TABLET 100 MG	$0 (Nivel 1)	DP
aminofen oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
apap childrens oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
apap extra strength oral liquid 500 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
apap extra strength oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
APHEN ORAL TABLET 325 MG	$0 (Nivel 1)	DP
apra oral elixir 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
aspirin 81 oral tablet chewable 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
aspirin 81 oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
aspirin adult low dose oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
aspirin buf(cacarb-mgcarb-mgo) oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
aspirin childrens oral tablet chewable 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
aspirin ec adult low dose oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
aspirin ec adult low strength oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
aspirin ec low dose oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
aspirin ec low strength oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
aspirin ec oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
aspirin low dose oral tablet chewable 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
aspirin low strength oral tablet chewable 81 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
aspirin oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
aspirin oral tablet chewable 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
aspirin rectal suppository 300 mg	$0 (Nivel 1)	DP
aspirin regimen oral tablet delayed release 81 mg	$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
betatemp childrens oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
BUFFERIN EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 500 MG	$0 (Nivel 1)	DP
BUFFERIN ORAL TABLET 325 MG	$0 (Nivel 1)	DP
childrens apap oral tablet chewable 80 mg	$0 (Nivel 1)	DP
childrens aspirin free oral elixir 80 mg/2.5ml	$0 (Nivel 1)	DP
childrens aspirin oral tablet chewable 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
CHILDRENS MEDI-TABS ORAL TABLET CHEWABLE 80 MG	$0 (Nivel 1)	DP
childrens non-aspirin oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
childrens non-aspirin oral tablet chewable 80 mg	$0 (Nivel 1)	DP
childrens pain reliever oral tablet chewable 80 mg	$0 (Nivel 1)	DP
curanol oral liquid 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs 8hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs 8hr muscle aches & pain oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs acetaminophen ex st oral liquid 500 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs acetaminophen ex st oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs acetaminophen oral capsule 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs acetaminophen oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs aspirin adult low dose oral tablet chewable 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
cvs aspirin ec oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs aspirin low strength oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs aspirin oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs childs non-aspirin oral tablet chewable 80 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs fever reducing childrens rectal suppository 120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs genuine aspirin oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs infants pain relief drops oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs menstrual relief oral tablet 500-60-15 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs non-aspirin childrens oral tablet chewable 80 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs pain relief childrens oral tablet chewable 160 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs pain relief extra strength oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs pain relief oral tablet extended release 650 mg	$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
ed-apap oral liquid 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
effervescent antacid/pain rel oral tablet effervescent 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq 8hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq acetaminophen oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq arthritis pain oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq aspirin adult low dose oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq aspirin low dose oral tablet chewable 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq aspirin oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq pain & fever childrens oral tablet chewable 160 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq pain relief/rapid burst oral liquid 500 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq pain reliever ex st oral tablet 500 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
eq pain reliever oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq pain reliever oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eql acetaminophen ex st oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql acetaminophen oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql aspirin low dose oral tablet chewable 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql menstrual relief max st oral tablet 500-60-15 mg	$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
ft 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft aspirin oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft aspirin oral tablet chewable 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft children's pain/fever oral tablet chewable 160 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft enteric coated aspirin oral tablet delayed release 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ft pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ft pain relief adult extra st oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft pain relief extra strength oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft pain relief oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft pain reliever adults rectal suppository 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft pain reliever children rectal suppository 120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft pain reliever ex str adult oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft rapid release pain relief oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
genuine aspirin oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp 8 hour arthritis relief oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp 8 hour pain reliever oral tablet extended release 650 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
gnp acetaminophen oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp acetaminophen oral tablet chewable 160 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp adult aspirin low strength oral tablet chewable 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp aspirin oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp children's pain & fever oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp infants pain/fever oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp pain relief extra strength oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp pain relief oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense arthritis pain oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense aspirin oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense aspirin oral tablet chewable 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense menstrual relief oral tablet 500-60-15 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense pain & fever child oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense pain relief extra st oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense pain relief oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
HEALTHY MAMA SHAKE THAT ACHE ORAL TABLET 500 MG	$0 (Nivel 1)	DP
h-e-b aspirin oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
infants pain & fever oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
kls acetaminophen ex st oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
kls aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
kp aspirin oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	B/D
lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	B/D
liquid acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
liquid pain relief oral liquid 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
LITTLE REMEDIES FOR FEVER ORAL LIQUID 160 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
mapap oral capsule 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
mapap oral tablet chewable 80 mg	$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
meijer aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
meijer aspirin free oral tablet 325 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
meijer jr st aspirin free oral tablet chewable 160 mg	$0 (Nivel 1)	DP
menstrual relief max strength oral tablet 500-60-15 mg	$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
mm arthritis pain oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
mm aspirin oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
m-pap oral liquid 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
non-aspirin jr strength oral tablet chewable 160 mg	$0 (Nivel 1)	DP
non-aspirin oral tablet 325 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
non-aspirin pain relief oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
pain & fever childrens oral tablet chewable 160 mg	$0 (Nivel 1)	DP
pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
pain & fever kids oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
pain and fever relief kids oral liquid 160 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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	$0 (Nivel 1)	DP
pain relief childrens oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
pain relief extra strength oral capsule 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
pain relief extra strength oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
pain relief oral liquid 500 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
pain relief regular strength oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
pain reliever extra strength oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
pain reliever for adults oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
pain reliever oral liquid 500 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
pain reliever oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
pain reliever/fever reducer rectal suppository 120 mg	$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
qc 8 hour arthritis pain oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc acetaminophen 8 hours oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc acetaminophen 8hr arth pain oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc acetaminophen 8hr musc ache oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc acetaminophen infants oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
qc antacid & pain relief oral tablet effervescent 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc aspirin low dose oral tablet chewable 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc aspirin oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc aspirin oral tablet delayed release 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc childrens aspirin oral tablet chewable 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc enteric aspirin oral tablet delayed release 325 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
qc menstrual complete max st oral tablet 500-60-15 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc non-aspirin 8 hour oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc non-aspirin childrens oral tablet chewable 160 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc pain relief childrens oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
qc pain relief extra strength oral liquid 500 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
qc pain relief extra strength oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc pain relief oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra acetaminophen ex st oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra acetaminophen oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra aspirin adult low dose oral tablet chewable 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra aspirin adult low strength oral tablet chewable 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra aspirin childrens oral tablet chewable 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra aspirin ec adult low st oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra aspirin oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra childrens fever/pain oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ra fever reducer/pain reliever oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ra menstrual relief oral tablet 500-60-15 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra pain relief acetaminophen oral tablet 325 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra pain relief aspirin oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra pain reliever ex st oral liquid 500 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
sb arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb aspirin oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb childrens aspirin oral tablet chewable 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb low dose asa ec oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb non-aspirin extra strength oral tablet 500 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
sb non-aspirin oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb non-aspirin oral tablet chewable 160 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
sb pain reliever ex st oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sm aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg	$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
tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg	$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		
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	$0 (Nivel 1)	
colchicine oral tablet 0.6 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 tabletas cada 30 días
colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
probenecid oral tablet 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
ANTIINFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirales		
abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
abacavir sulfate oral tablet 300 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	
atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
darunavir oral tablet 600 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
darunavir oral tablet 800 mg	$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)	
efavirenz oral tablet 600 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
emtricitabine oral capsule 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	$0-$12.65 (Nivel 4)	
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	
fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg	$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)	
lamivudine oral solution 10 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	
nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
nevirapine oral suspension 50 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
nevirapine oral tablet 200 mg	$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)	
ritonavir oral tablet 100 mg	$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)	
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	$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)	

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
zidovudine oral capsule 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
zidovudine oral syrup 50 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
zidovudine oral tablet 300 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
Agentes Antituberculosos		
cycloserine oral capsule 250 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	
ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
isoniazid oral syrup 50 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	$0 (Nivel 1)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	$0-$12.65 (Nivel 4)	
pyrazinamide oral tablet 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
rifabutin oral capsule 150 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
Agentes Combinados Antirretrovirales		
abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg	$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)	
efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 133-200 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	
emtricitab-rilpivir-tenofov df oral tablet 200-25-300 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	
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)	
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
triumeq pd oral tablet soluble 60-5-30 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
Antifúngicos		
amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	B/D
caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%	$0-$12.65 (Nivel 3)	
fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg	$0 (Nivel 2)	
fluconazole oral tablet 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
itraconazole oral capsule 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
ketoconazole oral tablet 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA
micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
nystatin oral tablet 500000 unit	$0-$12.65 (Nivel 3)	
posaconazole oral tablet delayed release 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 93 tabletas cada 30 días
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA
voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 600 ml cada 28 días
voriconazole oral tablet 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 tabletas cada 30 días
voriconazole oral tablet 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 480 tabletas cada 30 días
Antiinfectivos, Varios		
advin covid-19 antigen test in vitro kit	$0 (Nivel 1)	DP
albendazole oral tablet 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 672 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
atovaquone oral suspension 750 mg/5ml	$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
aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	
BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 1)	DP
BLUJEPA ORAL TABLET 750 MG	$0-$12.65 (Nivel 3)	
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
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	$0 (Nivel 2)	
clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%	$0-$12.65 (Nivel 4)	
clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
CLINITEST RAPID COVID-19 TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 1)	DP
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
covid-19 at home antigen test in vitro kit	$0 (Nivel 1)	DP
covid-19 at-home test in vitro kit	$0 (Nivel 1)	DP
covid-19 otc antigen 1-pack in vitro kit	$0 (Nivel 1)	DP
covid-19 otc antigen 2-pack in vitro kit	$0 (Nivel 1)	DP
cvs covid-19 at home test kit in vitro kit	$0 (Nivel 1)	DP
cvs pinworm treatment oral suspension 144 (50 base) mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
CYSTEX URINARY PAIN RELIEF ORAL TABLET 162-162.5 MG	$0 (Nivel 1)	DP
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	
DIATRUST COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 1)	DP
ellume covid-19 home test in vitro kit	$0 (Nivel 1)	DP
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	QL; 12 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm	$0-$12.65 (Nivel 3)	
fastep covid-19 antigen test in vitro kit	$0 (Nivel 1)	DP
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 1)	DP
fosfomycin tromethamine oral packet 3 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	
GENABIO COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 1)	DP
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-%	$0-$12.65 (Nivel 3)	
gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
gnp antibacterial urinary pain oral tablet 162-162.5 mg	$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
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg	$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
ivermectin oral tablet 3 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 20 tabletas cada 90 días
ivermectin oral tablet 6 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 10 tabletas cada 90 días
linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%	$0-$12.65 (Nivel 4)	
linezolid intravenous solution 600 mg/300ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	QL; 1800 ml cada 30 días
linezolid oral tablet 600 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
methenamine hippurate oral tablet 1 gm	$0-$12.65 (Nivel 3)	
metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
neomycin sulfate oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 2)	
nitazoxanide oral tablet 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	QL; 6 tabletas cada 30 días
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
ohc covid-19 antigen self test in vitro kit	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 1)	DP
pin-away oral suspension 144 (50 base) mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit	$0-$12.65 (Nivel 4)	
praziquantel oral tablet 600 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
pyrimethamine oral tablet 25 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
qc urinary pain relief oral tablet 162-162.5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 1)	DP
reeses pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN IN VITRO KIT	$0 (Nivel 1)	DP
streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm	$0-$12.65 (Nivel 5)	
sulfadiazine oral tablet 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg	$0 (Nivel 1)	
tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 80 mg/2ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
trimethoprim oral tablet 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
URO-PAIN DUAL ACTION ORAL TABLET 162-162.5 MG	$0 (Nivel 1)	DP
vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%	$0-$12.65 (Nivel 4)	
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 1.25 gm, 1.5 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
vancomycin hcl oral capsule 125 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 80 cápsulas cada 180 días
vancomycin hcl oral capsule 250 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 160 cápsulas cada 180 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antimalariales		
atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	$0-$12.65 (Nivel 4)	
mefloquine hcl oral tablet 250 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
quinine sulfate oral capsule 324 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA
Antivirales		
acyclovir oral capsule 200 mg	$0 (Nivel 2)	
acyclovir oral suspension 200 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	$0 (Nivel 2)	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	$0-$12.65 (Nivel 5)	ST
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	$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
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
lamivudine oral tablet 100 mg	$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
oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 168 cápsulas cada año
oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 84 cápsulas cada año
oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml	$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
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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 6 inhaladores cada año
ribavirin oral capsule 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
ribavirin oral tablet 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
rimantadine hcl oral tablet 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	
valganciclovir hcl oral tablet 450 mg	$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		
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
cefadroxil oral capsule 500 mg	$0 (Nivel 2)	
cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 3 gm, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm	$0-$12.65 (Nivel 3)	
cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	
cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%, 3-4 gm/150ml-%	$0-$12.65 (Nivel 4)	
cefazolin sodium-dextrose intravenous solution reconstituted 1-4 gm-%(50ml), 2-3 gm-%(50ml), 3-2 gm-%(50ml)	$0-$12.65 (Nivel 4)	
cefdinir oral capsule 300 mg	$0 (Nivel 2)	
cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	
cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	
cefixime oral capsule 400 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
cefotetan disodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	
cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	
cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
ceftaroline fosamil intravenous solution reconstituted 400 mg, 600 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	
ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	
ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 2)	
cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm	$0-$12.65 (Nivel 3)	
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	$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		
azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg	$0 (Nivel 1)	
clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	$0-$12.65 (Nivel 5)	
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG	$0-$12.65 (Nivel 4)	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
fidaxomicin oral tablet 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	
Fluoroquinolonas		
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
levofloxacin oral solution 25 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	$0 (Nivel 1)	
moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
Penicilinas		
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	$0 (Nivel 1)	
amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg	$0 (Nivel 2)	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 250-62.5 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg, 875-125 mg	$0 (Nivel 2)	
ampicillin oral capsule 500 mg	$0 (Nivel 2)	
ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	
ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm	$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)	
dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	
nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm	$0-$12.65 (Nivel 5)	
oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	
oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	
penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit	$0-$12.65 (Nivel 4)	
penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit	$0-$12.65 (Nivel 4)	
penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	$0 (Nivel 2)	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 5000000 UNIT	$0-$12.65 (Nivel 4)	
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	$0-$12.65 (Nivel 4)	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	$0-$12.65 (Nivel 4)	
doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg	$0 (Nivel 2)	
doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	$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
tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
tigecycline intravenous solution reconstituted 50 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CARDIOVASCULAR		
Alfabloqueantes		
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	$0 (Nivel 2)	
prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
Antagonistas Del Receptor De Aldosterona		
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	$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
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
Antagonistas Del Receptor De Angiotensina Ii		
candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
candesartan cilexetil oral tablet 32 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
valsartan oral tablet 320 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
Antiarrítmicos		
amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 400 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
amiodarone hcl oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	
disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	$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)	
propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	$0 (Nivel 2)	
Antilipémicos, Fibratos		
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg	$0 (Nivel 2)	
gemfibrozil oral tablet 600 mg	$0 (Nivel 2)	
Antilipémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg-Coa		
atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
Antilipémicos, Varios		
cholestyramine light oral packet 4 gm	$0-$12.65 (Nivel 3)	
cholestyramine light oral powder 4 gm/dose	$0-$12.65 (Nivel 3)	
cholestyramine oral packet 4 gm	$0-$12.65 (Nivel 3)	
cholestyramine oral powder 4 gm/dose	$0-$12.65 (Nivel 3)	
colesevelam hcl oral packet 3.75 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	
colesevelam hcl oral tablet 625 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
colestipol hcl oral granules 5 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	
colestipol hcl oral packet 5 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	
colestipol hcl oral tablet 1 gm	$0-$12.65 (Nivel 3)	
ezetimibe oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg	$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
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm	$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)	
Betabloqueadores		
acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 2)	
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	$0 (Nivel 1)	
labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	$0 (Nivel 2)	
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
nebivolol hcl oral tablet 20 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	$0 (Nivel 2)	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
Bloqueadores De Los Canales De Calcio		
amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	$0 (Nivel 2)	
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	$0 (Nivel 2)	
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	$0 (Nivel 2)	
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg	$0 (Nivel 2)	
diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	$0 (Nivel 2)	
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg	$0 (Nivel 2)	
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	$0 (Nivel 2)	
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
nimodipine oral capsule 30 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	$0 (Nivel 2)	
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 360 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	$0 (Nivel 2)	
verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	
Combinaciones Beta-Bloqueadores/Diuréticos		
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg	$0 (Nivel 2)	
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	$0 (Nivel 2)	
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
Combinaciones De Antagonistas Del Receptor De Angiotensina Ii		
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg	$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
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	$0 (Nivel 1)	
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
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	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
Combinaciones De Inhibidores De Eca		
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	$0 (Nivel 1)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg	$0 (Nivel 1)	
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg	$0 (Nivel 1)	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg	$0 (Nivel 1)	
fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg	$0 (Nivel 1)	
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	$0 (Nivel 1)	
Diuréticos		
acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
amiloride hcl oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 2)	
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg	$0 (Nivel 2)	
bumetanide injection solution 0.25 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 2)	
furosemide injection solution 10 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml	$0 (Nivel 2)	
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg	$0 (Nivel 1)	
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg	$0 (Nivel 1)	
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	$0 (Nivel 2)	
spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg	$0 (Nivel 2)	
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg	$0 (Nivel 2)	
triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg	$0 (Nivel 1)	
triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Diversos		
aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	$0 (Nivel 1)	
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr	$0-$12.65 (Nivel 3)	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 450 ml cada 30 días
digoxin injection solution 0.25 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
digoxin oral solution 0.05 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg	$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
droxidopa oral capsule 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
epinephrine injection solution 1 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA
hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
metyrosine oral capsule 250 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
midodrine hcl oral tablet 10 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
midodrine hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	$0 (Nivel 2)	
ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg	$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
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
bosentan oral tablet soluble 32 mg	$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
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 360 tabletas cada 30 días
tadalafil (pah) oral tablet 20 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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		
benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	$0 (Nivel 1)	
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg	$0 (Nivel 1)	
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	$0 (Nivel 1)	
quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	
Nitratos		
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg	$0 (Nivel 1)	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	$0 (Nivel 2)	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	$0-$12.65 (Nivel 3)	
nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray	$0-$12.65 (Nivel 4)	
DIVERSOS		
Diversos		
1st base external cream	$0 (Nivel 1)	DP
acetic acid solution 5 %	$0 (Nivel 1)	DP
alcoholado eucaliptino solution 70 %	$0 (Nivel 1)	DP
ALTADERM EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
ARBEM H-COSMETIC EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
ARBEM LIPOPEN EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
ATREVIS HYDROGEL EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
AUXIPRO VANISHING 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
az cream external cream	$0 (Nivel 1)	DP
BASE PCCA CLARIFYING EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
base w301 external cream	$0 (Nivel 1)	DP
CHRYSADERM DAY EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
CHRYSADERM NIGHT EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
citrus bioflavonoids powder 13 %	$0 (Nivel 1)	DP
CLEODERM EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
cream base external cream	$0 (Nivel 1)	DP
cream concentrate external cream	$0 (Nivel 1)	DP
cutis plus external cream	$0 (Nivel 1)	DP
cvs ethyl alcohol solution 70 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs petroleum jelly external gel	$0 (Nivel 1)	DP
DHEA 50 ORAL CAPSULE 50 MG	$0 (Nivel 1)	DP
dhea oral capsule 50 mg	$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
emollient base external cream	$0 (Nivel 1)	DP
eql ethyl alcohol (rubbing) solution 70 %	$0 (Nivel 1)	DP
ethyl alcohol (rubbing) solution 70 %	$0 (Nivel 1)	DP
fagron ls plus external cream	$0 (Nivel 1)	DP
fagron natural external cream	$0 (Nivel 1)	DP
fagron supreme external cream	$0 (Nivel 1)	DP
FITALITE EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
flavor plus oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
flex base external cream	$0 (Nivel 1)	DP
freedom adaptaderm external cream	$0 (Nivel 1)	DP
freedom derma serum external cream	$0 (Nivel 1)	DP
FREEDOM DERMA-D EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
FREEDOM DERMA-N EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
ft ethyl rubbing alcohol solution 70 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp alcohol denatured solution	$0 (Nivel 1)	DP
gnp ethyl rubbing alcohol solution 70 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp petroleum jelly external gel	$0 (Nivel 1)	DP
gnp rubbing alcohol solution 70 %	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense petroleum jelly external gel	$0 (Nivel 1)	DP
hm petroleum jelly external gel	$0 (Nivel 1)	DP
hydrochloric acid liquid , 10 %	$0 (Nivel 1)	DP
hydrous emulsified 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LIOPEN ABSORPTION ENHANCING EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
lipo cream base external cream	$0 (Nivel 1)	DP
LIPOCREAM BASE EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
lipopen ultra base external cream	$0 (Nivel 1)	DP
MAX SLEEP JUNIOR ORAL LIQUID 1 MG/ML	$0 (Nivel 1)	DP
MEDIDERM EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
melatonin oral liquid 1 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
microderm base external cream	$0 (Nivel 1)	DP
MICROSOME BASE EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
multi-phasic penetrating cmpd external cream	$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
oral suspend oral liquid	$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
PCCA VANISHING CREAM BASE EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
PCCA VANISHING CREAM LIGHT 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PCCA VANPEN BASE EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
PCCA WAV CUSTOM BASE EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
penderm external cream	$0 (Nivel 1)	DP
pensomal external cream	$0 (Nivel 1)	DP
petrolatum external gel	$0 (Nivel 1)	DP
petrolatum white external gel	$0 (Nivel 1)	DP
petroleum jelly external gel , 100 %	$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
polyethylene glycol 3350 powder	$0 (Nivel 1)	DP
potassium hydroxide solution 45 %	$0 (Nivel 1)	DP
p-siloxan ds external cream	$0 (Nivel 1)	DP
qc petroleum jelly external gel 100 %, 99.89 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra ethyl rubbing alcohol solution 70 %	$0 (Nivel 1)	DP
sa3 derm external cream	$0 (Nivel 1)	DP
salt durable cream external cream	$0 (Nivel 1)	DP
SALT STABLE LS ADVANCED EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
SALTSTABLE LO EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
scar care external cream	$0 (Nivel 1)	DP
silprotex plus external cream	$0 (Nivel 1)	DP
skyy derm external cream	$0 (Nivel 1)	DP
sm petroleum jelly external gel	$0 (Nivel 1)	DP
stevia extract powder	$0 (Nivel 1)	DP
SYRSPEND SF ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
teroderm external cream	$0 (Nivel 1)	DP
teroderm-plus external cream	$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
vanishing cream botanical base external cream	$0 (Nivel 1)	DP
vanishing external cream	$0 (Nivel 1)	DP
vanish-pen 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VASELINE EXTERNAL GEL	$0 (Nivel 1)	DP
VASELINE PURE ULTRA WHITE EXTERNAL GEL	$0 (Nivel 1)	DP
VERSAPRO EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
versatile cream base external cream	$0 (Nivel 1)	DP
VERSATILE RICH BASE EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
VERSIGEL EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
vp dermabase external cream	$0 (Nivel 1)	DP
white petrolatum external gel	$0 (Nivel 1)	DP
white petroleum jelly external gel	$0 (Nivel 1)	DP
wound care external cream	$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)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días; DP; Fuera del formulario para la Parte D; se requiere PA para la cobertura de Medicaid (perdida 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)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días; DP; Fuera del formulario para la Parte D; se requiere PA para la cobertura de Medicaid (perdida 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)	
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	$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)	
LIOMNY ORAL TABLET 25 MCG, 5 MCG, 50 MCG	$0-$12.65 (Nivel 3)	
liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
propylthiouracil oral tablet 50 mg	$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)	
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)	

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes Elevadores De Glucosa		
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	
GLUCO TO GO 15 ORAL GEL 40 %	$0 (Nivel 1)	DP
glucose 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)	
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA
deferasirox oral tablet 90 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA
deferasirox oral tablet soluble 125 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA
deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg	$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)	
penicillamine oral tablet 250 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	
sodium polystyrene sulfonate combination suspension 15 gm/60ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
sodium polystyrene sulfonate oral powder	$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)	
trientine hcl oral capsule 250 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
Analógicos De Vitamina D		
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	$0 (Nivel 2)	B/D
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
Andrógenos		
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 200 MG/ML	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA
testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA
testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 300 g cada 30 días
testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 150 g cada 30 días
Anticonceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	$0 (Nivel 2)	
aimsco lubricated	$0 (Nivel 1)	DP
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	$0 (Nivel 2)	
alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg	$0 (Nivel 2)	
alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg	$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)	
BLISOVI FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	$0 (Nivel 2)	
briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg	$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)	
condoms	$0 (Nivel 1)	DP
CRYSELLE 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: **3/30/2026**

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)	
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)	$0 (Nivel 2)	
DOLISHALE ORAL TABLET 90-20 MCG	$0 (Nivel 2)	
drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.02-0.451 mg, 3-0.03-0.451 mg	$0 (Nivel 2)	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg	$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)	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg	$0 (Nivel 2)	
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr	$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)	
HAILEY FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	$0 (Nivel 2)	
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)	

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	$0 (Nivel 2)	
JAIMIESS ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	$0 (Nivel 2)	
JASMIEL ORAL TABLET 3-0.02 MG	$0 (Nivel 2)	
JENCYCLA ORAL TABLET 0.35 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)	
kimono	$0 (Nivel 1)	DP
KIMONO COLORS DEVICE	$0 (Nivel 1)	DP
KIMONO MAXX-LARGE FLARE	$0 (Nivel 1)	DP
kimono micro thin	$0 (Nivel 1)	DP
kimono micro thin plus	$0 (Nivel 1)	DP
kimono plus	$0 (Nivel 1)	DP
kimono ps	$0 (Nivel 1)	DP
kimono ps plus	$0 (Nivel 1)	DP
kimono sensation	$0 (Nivel 1)	DP
kimono sensation plus	$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)	
levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days	$0 (Nivel 2)	
levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 90-20 mcg	$0 (Nivel 2)	
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/125-30 mcg	$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)	
LUIZZA 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	$0 (Nivel 2)	
LUIZZA 1/20 ORAL TABLET 1-20 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)	
marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg	$0 (Nivel 2)	
maxx	$0 (Nivel 1)	DP
maxx plus	$0 (Nivel 1)	DP
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml	$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)	

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr	$0-$12.65 (Nivel 3)	
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg	$0 (Nivel 2)	
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)	$0 (Nivel 2)	
norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	$0 (Nivel 2)	
norethindrone oral tablet 0.35 mg	$0 (Nivel 2)	
norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	$0 (Nivel 2)	
norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg	$0 (Nivel 2)	
norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	$0 (Nivel 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)	
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)	

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
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
true cover device	$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE	$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDED	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD	$0 (Nivel 1)	DP
TURQOZ ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	$0 (Nivel 2)	
TYDEMY ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG	$0 (Nivel 2)	
VALTYA 1/35 ORAL TABLET 1-35 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)	
viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)	$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
cvs gauze sterile pad 2"x2"	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
global alcohol prep ease pad 70 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA
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)	

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
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 GEN5 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
preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml	$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		
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 2)	
dapagliflozin propanediol oral tablet 10 mg, 5 mg	$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
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 90 tabletas cada 30 días
glimepiride oral tablet 4 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 90 tabletas cada 30 días
glipizide oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 120 tabletas cada 30 días
glipizide oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 240 tabletas cada 30 días
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 240 tabletas cada 30 días
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	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
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
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 120 tabletas cada 30 días
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
metformin hcl oral tablet 1000 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 75 tabletas cada 30 días
metformin hcl oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 150 tabletas cada 30 días
metformin hcl oral tablet 850 mg	$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
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	$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
pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 90 tabletas cada 30 días
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 120 tabletas cada 30 días
repaglinide oral tablet 2 mg	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
Diversos		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
betaine oral powder	$0-$12.65 (Nivel 5)	
cabergoline oral tablet 0.5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
carglumic acid oral tablet soluble 200 mg	$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
charcoal activated powder	$0 (Nivel 1)	DP
CHEMSTRIP K IN VITRO STRIP	$0 (Nivel 1)	DP
CHEMSTRIP UGK IN VITRO STRIP	$0 (Nivel 1)	DP
cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D; QL; 60 tabletas cada 30 días
cinacalcet hcl oral tablet 90 mg	$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
desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	
desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	
desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	
desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DIASCREEN 7	$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 8	$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 9	$0 (Nivel 1)	DP
diascreen liquid urine control	$0 (Nivel 1)	DP
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
GENOTROPIN MINIQUICK PREFILLED SYRINGE 0.2 MG SUBCUTANEOUS	$0 (Nivel 1)	DP
GENOTROPIN MINIQUICK PREFILLED SYRINGE 0.2 MG SUBCUTANEOUS	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA
GENOTROPIN MINIQUICK 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
ketone test in vitro strip	$0 (Nivel 1)	DP
KETOSTIX IN VITRO STRIP	$0 (Nivel 1)	DP
lanreotide acetate subcutaneous solution 120 mg/0.5ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
levocarnitine oral solution 1 gm/10ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
levocarnitine oral tablet 330 mg	$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
mifepristone oral tablet 300 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA
octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml	$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
raloxifene hcl oral tablet 60 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
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
sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg	$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
sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	$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
tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
tolvaptan oral tablet therapy pack 15 mg, 30 & 15 mg, 45 & 15 mg, 60 & 30 mg, 90 & 30 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
ZELVYSIA ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	$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)	
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	$0 (Nivel 2)	
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	$0-$12.65 (Nivel 3)	
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	$0-$12.65 (Nivel 3)	
estradiol vaginal cream 0.01 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
estradiol vaginal tablet 10 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg	$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)	
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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)	$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
benzphetamine hcl oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg	$0 (Nivel 1)	DP
diethylpropion hcl oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG	$0 (Nivel 1)	DP
orlistat oral capsule 120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg	$0 (Nivel 1)	DP
phentermine hcl oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
phentermine hcl oral tablet 37.5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
phentermine-topiramate er 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
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)	
medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
megestrol acetate oral suspension 400 mg/10ml, 800 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
megestrol acetate suspension 40 mg/ml oral	$0-$12.65 (Nivel 3)	
megestrol acetate suspension 40 mg/ml oral	$0 (Nivel 1)	DP
megestrol acetate suspension 625 mg/5ml oral	$0 (Nivel 1)	DP
megestrol acetate suspension 625 mg/5ml oral	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA
megestrol acetate tablet 20 mg oral	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
megestrol acetate tablet 40 mg oral	$0 (Nivel 1)	DP
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
Reguladores De Calcio		
alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	ST
alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg	$0 (Nivel 1)	
BILDYOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 1 jeringa cada 180 días
BONSITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 560 MCG/2.24ML	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act	$0-$12.65 (Nivel 3)	B/D
ibandronate sodium oral tablet 150 mg	$0 (Nivel 2)	B/D
OSPOMYV SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 1 jeringa cada 180 días
pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 6 mg/ml, 90 mg/10ml	$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
risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	ST
teriparatide solution pen-injector 560 mcg/2.24ml subcutaneous	$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
XTRENBO SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA
zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Del Receptor H2		
famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	$0 (Nivel 1)	
famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%	$0-$12.65 (Nivel 3)	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
Antiácidos		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
alum & mag hydroxide-simeth oral suspension 1200-1200-120 mg/30ml, 2400-2400-240 mg/30ml	$0 (Nivel 1)	DP
aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
aluminum-magnesium-simethicone oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
antacid & anti-gas max str oral suspension 800-800-80 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
antacid & antigas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 2400-2400-240 mg/30ml	$0 (Nivel 1)	DP
antacid advanced oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
antacid anti-gas max strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
antacid anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
antacid calcium oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
antacid calcium rich oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
antacid extra strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
antacid fast relief oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
antacid i oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
antacid iii oral suspension 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
antacid liquid oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
antacid m oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml, 800-800-80 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
antacid oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
antacid/antigas oral suspension 400-400-40 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
antacid/simethicone ds oral suspension 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
calcium antacid oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
calcium carbonate antacid oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
CAL-GEST ANTACID ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	$0 (Nivel 1)	DP
comfort gel antacid & anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
comfort gel antacid anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
comfort gel oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs antacid maximum strength oral suspension 800-800-80 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs antacid plus antigas oral suspension 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq antacid oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql antacid oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft antacid & antigas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ft antacid regular strength oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
GELUSIL ORAL TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG	$0 (Nivel 1)	DP
geri-lanta maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
geri-lanta oral suspension 1200-1200-120 mg/30ml, 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
geri-mox maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
geri-mox oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp antacid & anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp antacid oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp magnesium oxide oral tablet 250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense advanced antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense antacid & gas relief oral suspension 400-400-40 mg/10ml, 400-400-40 mg/5ml, 800-800-80 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense antacid oral tablet chewable 500 mg	$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
long lasting antacid oral tablet chewable 500 mg	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
mag-al oral liquid 200-200 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
mag-al plus oral liquid 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
mag-al plus xs oral liquid 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
magnesium oxide (antacid) oral capsule 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
magnesium oxide oral tablet 250 mg, 400 mg, 420 mg	$0 (Nivel 1)	DP
magnesium-aluminum-simethicone oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
MAOX ORAL TABLET 420 MG	$0 (Nivel 1)	DP
meijer antacid anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
mintox maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
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
qc antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
qc antacid oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
qc magnesium oral tablet 250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra antacid oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra antacid/anti-gas max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ra antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ra antacid/gas relief max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
sb antacid anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
sb antacid oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sodium bicarbonate oral powder	$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		
anti-diarrheal oral capsule 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml	$0 (Nivel 1)	DP
anti-diarrheal oral tablet 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
bismuth oral tablet chewable 262 mg	$0 (Nivel 1)	DP
bismuth subsalicylate oral tablet chewable 262 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
cvs anti-diarrheal oral capsule 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs anti-diarrheal oral suspension 262 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs anti-diarrheal oral tablet 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs stomach relief max st oral suspension 525 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs stomach relief oral suspension 525 mg/15ml, 525 mg/30ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs stomach relief oral tablet 262 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs stomach relief oral tablet chewable 262 mg	$0 (Nivel 1)	DP
diamode oral tablet 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
diarrhea oral suspension 262 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq anti-diarrheal oral capsule 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq anti-diarrheal oral tablet 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq loperamide hcl oral solution 1 mg/7.5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq stomach relief oral suspension 262 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq stomach relief oral tablet 262 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq stomach relief oral tablet chewable 262 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql anti-diarrheal oral tablet 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql stomach relief max st oral suspension 525 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
eql stomach relief oral suspension 262 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
eql stomach relief oral tablet chewable 262 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft anti-diarrheal oral capsule 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ft anti-diarrheal oral tablet 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft stomach relief oral suspension 525 mg/30ml	$0 (Nivel 1)	DP
ft stomach relief oral tablet 262 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft stomach relief oral tablet chewable 262 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp anti-diarrheal oral capsule 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp anti-diarrheal oral tablet 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp loperamide hcl oral solution 1 mg/7.5ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp pink bismuth oral tablet 262 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp pink bismuth oral tablet chewable 262 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp pink bismuth ultra str oral suspension 525 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp stomach relief oral suspension 525 mg/30ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense stomach relief oral suspension 1050 mg/30ml, 525 mg/30ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense stomach relief oral tablet chewable 262 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
KAOPECTATE EXTRA STRENGTH ORAL SUSPENSION 525 MG/15ML	$0 (Nivel 1)	DP
KAOPECTATE ORAL SUSPENSION 262 MG/15ML	$0 (Nivel 1)	DP
KAOPECTATE ORAL TABLET 262 MG	$0 (Nivel 1)	DP
loperamide hcl capsule 2 mg oral	$0 (Nivel 1)	DP
loperamide hcl oral solution 1 mg/7.5ml	$0 (Nivel 1)	DP
loperamide hcl oral tablet 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
medi-bismuth oral tablet chewable 262 mg	$0 (Nivel 1)	DP
meijer anti-diarrheal oral tablet 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
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
pink bismuth maximum strength oral suspension 525 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
pink bismuth oral suspension 262 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
qc anti-diarrheal oral capsule 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc anti-diarrheal oral tablet 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc diarrhea relief oral suspension 262 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
qc pink bismuth oral suspension 262 mg/15ml, 525 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
qc pink bismuth oral tablet 262 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc stomach relief oral suspension 525 mg/30ml	$0 (Nivel 1)	DP
qc stomach relief oral tablet 262 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc stomach relief oral tablet chewable 262 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
ra anti-diarrheal oral tablet 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra stomach relief oral suspension 262 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
RESTORA RX ORAL CAPSULE 60-1.25 MG	$0 (Nivel 1)	DP
sb anti-diarrhea oral tablet 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb bismuth oral tablet 262 mg	$0 (Nivel 1)	DP
SOOTHE MAXIMUM STRENGTH ORAL SUSPENSION 525 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SOOTHE ORAL SUSPENSION 262 MG/15ML, 525 MG/30ML	$0 (Nivel 1)	DP
SOOTHE ORAL TABLET CHEWABLE 262 MG	$0 (Nivel 1)	DP
stomach relief extra strength oral suspension 525 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
stomach relief oral suspension 525 mg/15ml, 525 mg/30ml, 527 mg/30ml	$0 (Nivel 1)	DP
stomach relief oral tablet 262 mg	$0 (Nivel 1)	DP
stomach relief oral tablet chewable 262 mg	$0 (Nivel 1)	DP
stomach relief plus oral suspension 525 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
Antieméticos		
aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	$0-$12.65 (Nivel 4)	
dronabinol capsule 10 mg oral	$0 (Nivel 1)	DP
dronabinol capsule 10 mg oral	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D; QL; 60 cápsulas cada 30 días
dronabinol capsule 2.5 mg oral	$0 (Nivel 1)	DP
dronabinol capsule 2.5 mg oral	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D; QL; 60 cápsulas cada 30 días
dronabinol capsule 5 mg oral	$0 (Nivel 1)	DP
dronabinol capsule 5 mg oral	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D; QL; 60 cápsulas cada 30 días
granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
granisetron hcl oral tablet 1 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg	$0 (Nivel 2)	PA
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	B/D
ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	B/D
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 2)	
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
promethazine hcl oral solution 6.25 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA
scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 10 parches cada 30 días
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML	$0 (Nivel 1)	DP
Antiespasmódicos		
dicyclomine hcl oral capsule 10 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA
dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA
dicyclomine hcl oral tablet 20 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA
glycopyrrolate oral tablet 1 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 90 tabletas cada 30 días
glycopyrrolate oral tablet 2 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 tabletas cada 30 días
Diversos		
alosetron hcl oral tablet 0.5 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
alosetron hcl oral tablet 1 mg	$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)	
cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
cvs gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs gas relief oral tablet chewable 80 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs gas relief ultra strength oral capsule 180 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs infants gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml	$0 (Nivel 1)	DP
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
drxchoice gas relief oral tablet chewable 80 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq gas relief extra strength oral capsule 125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq gas relief oral capsule 125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq gas relief ultra strength oral capsule 180 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq infants gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml, 40 mg/0.6ml	$0 (Nivel 1)	DP
eql gas gone oral tablet chewable 125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql gas relief oral capsule 125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft gas relief extra strength oral capsule 125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml	$0 (Nivel 1)	DP
ft gas relief oral tablet chewable 80 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft gas relief ultra strength oral capsule 180 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gas relief extra strength oral capsule 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml, 40 mg/0.6ml, 80 mg/1.2ml	$0 (Nivel 1)	DP
gas relief oral liquid 40 mg/0.6ml	$0 (Nivel 1)	DP
gas relief oral tablet chewable 80 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gas relief ultra strength oral capsule 180 mg	$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
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
gnp anti-gas oral capsule 180 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp gas relief oral tablet chewable 80 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp infant gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense gas relief extra st oral capsule 125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense gas relief oral tablet chewable 125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
heartland gas relief oral tablet chewable 80 mg	$0 (Nivel 1)	DP
infants gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml, 40 mg/0.6ml	$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
loperamide hcl capsule 2 mg oral	$0 (Nivel 2)	
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PHAZYME ULTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 180 MG	$0 (Nivel 1)	DP
qc anti-gas oral capsule 180 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml	$0 (Nivel 1)	DP
qc gas relief oral capsule 250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc gas relief oral tablet chewable 80 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra gas relief oral capsule 125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra gas relief oral tablet chewable 80 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra gas relief ultra strength oral capsule 180 mg	$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 PREFILLED SYRINGE 12 MG/0.6ML, 8 MG/0.4ML	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 28 jeringas cada 28 días
sb anti-gas oral capsule 180 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb gas relief oral suspension 40 mg/0.6ml	$0 (Nivel 1)	DP
sb gas relief oral tablet chewable 125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
simeped oral suspension 40 mg/0.6ml	$0 (Nivel 1)	DP
simethicone drops infants oral suspension 20 mg/0.3ml	$0 (Nivel 1)	DP
simethicone extra strength oral capsule 125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
simethicone oral capsule 125 mg, 180 mg	$0 (Nivel 1)	DP
simethicone oral suspension 40 mg/0.6ml	$0 (Nivel 1)	DP
simethicone oral tablet chewable 125 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	DP
simethicone ultra strength oral capsule 180 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sucralfate oral tablet 1 gm	$0-$12.65 (Nivel 3)	
teeny tummy gas relief drops oral suspension 20 mg/0.3ml	$0 (Nivel 1)	DP
ursodiol oral capsule 300 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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		
balsalazide disodium oral capsule 750 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 90 cápsulas cada 30 días
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
mesalamine oral capsule delayed release 400 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 180 cápsulas cada 30 días
mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 tabletas cada 30 días
mesalamine rectal enema 4 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 1680 ml cada 28 días
mesalamine rectal suppository 1000 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 supositorios cada 30 días
mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 28 botellas cada 28 días
sulfasalazine oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 2)	
sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
Inhibidores De La Bomba De Protones		
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	ST; QL; 30 cápsulas cada 30 días
lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg	$0 (Nivel 1)	
pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg	$0 (Nivel 1)	
rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
Laxantes		
AVEDANA GLYCERIN (ADULT) RECTAL SUPPOSITORY 2 GM	$0 (Nivel 1)	DP
bisacodyl ec oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
bisacodyl laxative rectal suppository 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
bisacodyl rectal suppository 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
BLACK-DRAUGHT LAX-SENNA 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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COLACE CLEAR ORAL CAPSULE 50 MG	$0 (Nivel 1)	DP
COLACE ORAL CAPSULE 100 MG	$0 (Nivel 1)	DP
constulose oral solution 10 gm/15ml	$0 (Nivel 2)	
cvs c-lax laxative oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs daily fiber oral capsule 0.52 gm	$0 (Nivel 1)	DP
cvs daily fiber oral powder 51.7 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs enema disposable rectal enema 19-7 gm/118ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs enema ready-to-use rectal enema 19-7 gm/118ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs epsom salt oral granules	$0 (Nivel 1)	DP
cvs fiber laxative oral tablet 625 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs fiber oral capsule 0.52 gm	$0 (Nivel 1)	DP
cvs gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs gentle laxative rectal suppository 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs gentle laxative womens oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs glycerin adult rectal suppository 2 gm	$0 (Nivel 1)	DP
cvs glycerin child rectal suppository 1 gm	$0 (Nivel 1)	DP
cvs laxative pills max st oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs mineral oil oral oil	$0 (Nivel 1)	DP
cvs mini enema kids rectal enema 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs mini enema rectal enema 20-283 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs natural daily fiber oral powder 43 %, 51.7 %, 58.6 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs natural fiber supplement oral powder 100 %	$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
cvs senna oral capsule 8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs senna oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs senna plus oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs senna-extra oral tablet 17.2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
daily fiber oral capsule 400 mg	$0 (Nivel 1)	DP
daily fiber oral powder 43 %, 51.7 %	$0 (Nivel 1)	DP
docqlace oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
docusate calcium oral capsule 240 mg	$0 (Nivel 1)	DP
docusate mini rectal enema 283 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
docusate sodium oral capsule 100 mg, 250 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
docusate sodium oral liquid 100 mg/10ml, 50 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
DOCUSOL KIDS RECTAL ENEMA 100 MG/5ML	$0 (Nivel 1)	DP
DOK ORAL CAPSULE 100 MG	$0 (Nivel 1)	DP
DQZATE ORAL CAPSULE 100 MG	$0 (Nivel 1)	DP
dss oral capsule 100 mg, 250 mg	$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
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
easy-lax oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
easy-lax plus oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
enema disposable rectal enema 19-7 gm/118ml	$0 (Nivel 1)	DP
enema ready-to-use rectal enema 19-7 gm/118ml	$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
enulose oral solution 10 gm/15ml	$0 (Nivel 2)	
epsom salt oral granules	$0 (Nivel 1)	DP
EQ CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	$0 (Nivel 1)	DP
eq daily fiber oral capsule 400 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq daily fiber oral powder 25 %, 51.7 %	$0 (Nivel 1)	DP
eq enema rectal enema 19-7 gm/118ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq fiber therapy oral capsule 0.52 gm	$0 (Nivel 1)	DP
eq fiber therapy oral tablet 625 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq laxative oral packet 17 gm	$0 (Nivel 1)	DP
eq mineral oil oral oil	$0 (Nivel 1)	DP
eq natural vegetable laxative oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq senna-s oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq stool softener extra str oral capsule 250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
eq vegetable laxative oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
EQL CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	$0 (Nivel 1)	DP
eql fiber laxative oral tablet 625 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql fiber therapy oral powder 28.3 %, 43 %	$0 (Nivel 1)	DP
eql gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql laxative maximum strength oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql laxative oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql natural fiber oral powder 28.3 %	$0 (Nivel 1)	DP
eql ready-to-use enema rectal enema 19-7 gm/118ml	$0 (Nivel 1)	DP
eql senna laxative oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql senna-s oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql smooth texture fiber oral powder 51.7 %	$0 (Nivel 1)	DP
eql stool softener oral capsule 100 mg	$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
fiber laxative + calcium oral tablet 625 mg	$0 (Nivel 1)	DP
fiber laxative oral tablet 625 mg	$0 (Nivel 1)	DP
fiber oral powder 25 %, 28.3 %, 51.7 %	$0 (Nivel 1)	DP
fiber oral tablet 625 mg	$0 (Nivel 1)	DP
FIBERCON ORAL TABLET 625 MG	$0 (Nivel 1)	DP
fiber-lax oral tablet 625 mg	$0 (Nivel 1)	DP
FLEET ENEMA RECTAL ENEMA 19-7 GM/197ML, 7-19 GM/118ML	$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
ft clearlax oral powder 17 gm/scoop	$0 (Nivel 1)	DP
ft enema rectal enema 19-7 gm/118ml	$0 (Nivel 1)	DP
ft epsom salt oral granules	$0 (Nivel 1)	DP
ft fiber laxative oral tablet 625 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft fiber oral powder 25 %, 27 %, 43 %, 51.7 %	$0 (Nivel 1)	DP
ft fiber supplement oral capsule 400 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft gentle laxative rectal suppository 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft laxative oral tablet delayed release 5 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ft milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
ft mineral oil oral oil	$0 (Nivel 1)	DP
ft senna laxative oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft senna laxatives oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft senna-s oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft stool softener oral tablet 50-8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gavilax oral packet 17 gm, 8.5 gm	$0 (Nivel 1)	DP
gavilax oral powder 17 gm/scoop	$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)	
generlac oral solution 10 gm/15ml	$0 (Nivel 2)	
gentle laxative oral suspension 1200 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gentle laxative rectal suppository 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
geri-kot oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
geri-mucil oral powder 25 %, 51.7 %	$0 (Nivel 1)	DP
glycerin (adult) rectal suppository 2 gm, 2.1 gm	$0 (Nivel 1)	DP
glycerin (child) rectal suppository 1.2 gm	$0 (Nivel 1)	DP
glycerin (infants & children) rectal suppository 1 gm, 1.2 gm	$0 (Nivel 1)	DP
glycerin (pediatric) rectal suppository 1.2 gm	$0 (Nivel 1)	DP
glycerin adult rectal suppository 2 gm	$0 (Nivel 1)	DP
glycerin childrens rectal suppository 1 gm, 1.2 gm	$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
gnp epsom salt oral granules	$0 (Nivel 1)	DP
gnp fiber oral powder 43 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp fiber-caps oral tablet 625 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp gentle laxative rectal suppository 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp glycerin (adult) rectal suppository 2.1 gm	$0 (Nivel 1)	DP
gnp glycerin child rectal suppository 1.2 gm	$0 (Nivel 1)	DP
gnp milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp mineral oil oral oil	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
gnp natural fiber oral powder 28.3 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp senna lax oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp senna plus oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp stool softener oral capsule 100 mg, 240 mg, 250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
GOODSENSE CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense enema rectal enema 19-7 gm/118ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense epsom salt oral granules	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense fiber laxative oral tablet 625 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense laxative pills oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense mineral oil oral oil	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense psyllium fiber oral powder 51.7 %	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense senna laxative oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense stimulant lax plus oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense stool softener oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
HEALTHYLAX ORAL PACKET 17 GM	$0 (Nivel 1)	DP
hm enema rectal enema 19-7 gm/118ml	$0 (Nivel 1)	DP
HYDROCIL ORAL POWDER 95 %	$0 (Nivel 1)	DP
KLS LAXACLEAR ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	$0 (Nivel 1)	DP
kls stool softener oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
KONSYL DAILY PSYLLIUM FIBER ORAL POWDER 25 %	$0 (Nivel 1)	DP
kp bisacodyl oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
kp senna oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml	$0 (Nivel 2)	
lactulose oral solution 10 gm/15ml	$0 (Nivel 2)	
laxative max str oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
laxative rectal suppository 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
laxative regular strength oral tablet 15 mg	$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
medi-natural oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
medi-natural plus oral tablet 8.6-50 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
METAMUCIL PREMIUM BLEND ORAL POWDER 52.63 %	$0 (Nivel 1)	DP
METAMUCIL SMOOTH TEXTURE ORAL POWDER 28.3 %, 58.6 %	$0 (Nivel 1)	DP
milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml, 2400 mg/30ml, 400 mg/5ml, 7.75 %	$0 (Nivel 1)	DP
mineral oil heavy oil	$0 (Nivel 1)	DP
mineral oil lubricant laxative oral oil	$0 (Nivel 1)	DP
mineral oil oral oil	$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
mm stool softener laxative oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
mm stool softener oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)	$0-$12.65 (Nivel 3)	
natural fiber laxative oral powder 28.3 %, 30.9 %, 58.6 %	$0 (Nivel 1)	DP
natural fiber oral powder 58.6 %	$0 (Nivel 1)	DP
natural psyllium seed oral powder 100 %	$0 (Nivel 1)	DP
natural senna laxative oral tablet 8.6 mg	$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
peg 3350 oral packet 17 gm	$0 (Nivel 1)	DP
peg 3350 oral powder 17 gm/scoop	$0 (Nivel 1)	DP
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm	$0 (Nivel 2)	
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm	$0 (Nivel 2)	
PERDIEM OVERNIGHT RELIEF ORAL TABLET 15 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA ORAL SUSPENSION 400 MG/5ML	$0 (Nivel 1)	DP
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	$0-$12.65 (Nivel 4)	
polyethylene glycol 3350 oral packet 17 gm	$0 (Nivel 1)	DP
polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop	$0 (Nivel 1)	DP
PROCTOZONE-B RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	$0 (Nivel 1)	DP
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 19-7 gm/118ml	$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 19-7 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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
REGULOID ORAL POWDER 28.3 %, 43 %, 51.7 %	$0 (Nivel 1)	DP
sb bisacodyl laxative ec oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb docusate sodium oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb docusate sodium/senna oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb fib lax orange oral powder 30 %, 33 %	$0 (Nivel 1)	DP
sb fiber laxative oral tablet 625 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb gentle lax-women oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb glycerin adult rectal suppository 2.1 gm	$0 (Nivel 1)	DP
sb glycerin pediatric rectal suppository 1.2 gm	$0 (Nivel 1)	DP
sb laxative rectal suppository 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
sb natural fiber laxative oral powder 49 %	$0 (Nivel 1)	DP
sb polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop	$0 (Nivel 1)	DP
sb senna-lax oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb stool softener oral capsule 240 mg	$0 (Nivel 1)	DP
senexon-s oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
senna laxative oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
senna oral capsule 8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
senna oral liquid 8.8 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
senna oral syrup 8.8 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
senna oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
senna plus oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
senna s oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
SENNA SMOOTH ORAL TABLET 15 MG	$0 (Nivel 1)	DP
senna-docusate sodium oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
senna-lax oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
senna-plus oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
senna-s oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
senna-tabs oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
senna-time oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
senna-time s oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sennazon oral syrup 8.8 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
sennosides oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sennosides-docusate sodium oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
SENOKOT EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 17.2 MG	$0 (Nivel 1)	DP
SENOKOT KIDS GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 8.7 MG	$0 (Nivel 1)	DP
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
sod phos mono-sod phos dibasic rectal enema 19-7 gm/118ml	$0 (Nivel 1)	DP
stimulant laxative oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
stool softener laxative oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
stool softener laxative oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
stool softener oral capsule 100 mg, 240 mg, 250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
stool softener oral liquid 50 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
stool softener plus laxative oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
stool softener/laxative oral tablet 50-8.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
SURFAK ORAL CAPSULE 240 MG	$0 (Nivel 1)	DP
THE MAGIC BULLET RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	$0 (Nivel 1)	DP
true laxative oral powder 17 gm/scoop	$0 (Nivel 1)	DP
vegetable lax+stool softener oral tablet 8.6-50 mg	$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 19-7 GM/118ML	$0 (Nivel 1)	DP
womans laxative oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
womens laxative oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
GENITOURINARIO		
Antiespasmódicos Urinarios		
fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 600 ml cada 30 días
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 tabletas cada 30 días
solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
trospium chloride oral tablet 20 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
Antiinfecciosos Vaginales		
3 day vaginal vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
7 day vaginal vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
clotrimazole 3 vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
clotrimazole vaginal cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
clotrimazole-7 vaginal cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs clotrimazole 3 vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs miconazole 1 combo pack vaginal kit 1200 & 2 mg & %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs miconazole 3 combo pack vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	$0 (Nivel 1)	DP
cvs miconazole 3 combo-supp vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	$0 (Nivel 1)	DP
cvs miconazole 7 vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
ENCARE VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG	$0 (Nivel 1)	DP
eq miconazole 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %	$0 (Nivel 1)	DP
eq miconazole 3-day combo vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	$0 (Nivel 1)	DP
eq miconazole 7 vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
eql miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	$0 (Nivel 1)	DP
eql miconazole 7 vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
ft 7 day vaginal vaginal cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ft clotrimazole 3 vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
ft clotrimazole vaginal cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ft miconazole 3 comb pack-supp vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	$0 (Nivel 1)	DP
ft miconazole 3 combo pack vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	$0 (Nivel 1)	DP
ft miconazole 7 vaginal cream 2 %	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
gnp clotrimazole 3 vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp miconazole 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	$0 (Nivel 1)	DP
gnp miconazole 7 vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
metronidazole vaginal gel 0.75 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
miconazole 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %	$0 (Nivel 1)	DP
miconazole 3 combo pack vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	$0 (Nivel 1)	DP
miconazole 3 combo-supp vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	$0 (Nivel 1)	DP
miconazole 7 vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
miconazole 7 vaginal suppository 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
miconazole nitrate combo pack vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	$0 (Nivel 1)	DP
miconazole nitrate vaginal cream 2 %	$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
qc clotrimazole vaginal cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
qc miconazole 7 vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra clotrimazole 7 vaginal cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra miconazole 3 combo pack app vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	$0 (Nivel 1)	DP
ra miconazole 3 combo pack vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	$0 (Nivel 1)	DP
ra miconazole 7 vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
terconazole vaginal suppository 80 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
VAGISTAT-3 VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
Diversos		
acetic acid irrigation solution 0.25 %	$0 (Nivel 2)	
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)	$0-$12.65 (Nivel 3)	
Hiperplasia Prostática Benigna		
alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
dutasteride oral capsule 0.5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
finasteride oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
tadalafil oral tablet 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg	$0 (Nivel 1)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
dabigatran etexilate mesylate oral capsule 150 mg, 75 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
ELIQUIS (1.5 MG PACK) ORAL TABLET SOLUBLE 3 X 0.5 MG	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 591 tabletas cada 29 días
ELIQUIS (2 MG PACK) ORAL TABLET SOLUBLE 4 X 0.5 MG	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 592 tabletas 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 CAPSULE SPRINKLE 0.15 MG	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 56 cápsulas cada 21 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
ELIQUIS ORAL TABLET SOLUBLE 0.5 MG	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 588 tabletas cada 29 días
enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
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	$0-$12.65 (Nivel 4)	
fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	
fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
heparin (porcine) in nacl intravenous solution 25000-0.45 ut/500ml-%	$0-$12.65 (Nivel 3)	
heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
heparin sodium (porcine) pf injection solution 1000 unit/ml	$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)	
rivaroxaban oral suspension reconstituted 1 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 620 ml cada 30 días
rivaroxaban oral tablet 2.5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
warfarin sodium 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)	
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
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
anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 24 cajas cada 30 días
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg	$0 (Nivel 2)	
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
DOPTELET SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 10 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	$0-$12.65 (Nivel 4)	
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
icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 9 jeringas cada 30 días
l-glutamine oral packet 5 gm	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg	$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
tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
tranexamic acid oral tablet 650 mg	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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		
active fe oral tablet 75-1.25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
BPROTECTED PEDIA IRON ORAL SOLUTION 75 (15 FE) MG/ML	$0 (Nivel 1)	DP
CENTRATEX 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
corvite fe oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs slow release dried iron oral tablet extended release 45 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs slow release iron oral tablet extended release 45 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq slow-release iron oral tablet extended release 45 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql iron supplement therapy oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg	$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
FEROSUL ORAL TABLET 325 (65 FE) MG	$0 (Nivel 1)	DP
ferotrinsic oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
FERRALET 90 ORAL TABLET 90-1 MG	$0 (Nivel 1)	DP
ferretts oral tablet 325 (106 fe) mg	$0 (Nivel 1)	DP
FERREX 150 ORAL CAPSULE 150 MG	$0 (Nivel 1)	DP
ferric x-150 oral capsule 150 mg	$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
ferrotabs oral tablet 240 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ferrous fumarate oral tablet 29 mg, 324 (106 fe) mg, 324 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ferrous gluconate oral tablet 240 (27 fe) mg, 324 (37.5 fe) mg, 324 (38 fe) mg	$0 (Nivel 1)	DP
ferrous sulfate er oral tablet extended release 45 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ferrous sulfate oral solution 220 (44 fe) mg/5ml, 300 (60 fe) mg/5ml, 75 (15 fe) mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
ferrous sulfate oral tablet 27 mg, 325 (65 fe) mg	$0 (Nivel 1)	DP
ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 (65 fe) mg, 324 mg, 325 (65 fe) mg	$0 (Nivel 1)	DP
ferumoxytol intravenous solution 510 mg/17ml	$0 (Nivel 1)	DP
fe-vite iron oral solution 75 (15 fe) mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
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
foltrin oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
ft iron oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft iron slow release oral tablet extended release 45 mg	$0 (Nivel 1)	DP
FUSION ORAL CAPSULE 65-65-25-30 MG	$0 (Nivel 1)	DP
FUSION PLUS ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
gnp iron oral tablet 200 (65 fe) mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp iron oral tablet extended release 45 mg	$0 (Nivel 1)	DP
GOODSENSE IRON ORAL TABLET 325 MG	$0 (Nivel 1)	DP
HEMATEX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	$0 (Nivel 1)	DP
hematinic/folic acid oral tablet 324-1 mg	$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
high potency iron oral tablet 65 mg	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INTEGRA PLUS ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
IROFOL ORAL LIQUID 100 MG/5ML	$0 (Nivel 1)	DP
iron (ferrous sulfate) oral solution 75 (15 fe) mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
iron (ferrous sulfate) oral tablet 325 (65 fe) mg	$0 (Nivel 1)	DP
iron 27 oral tablet 240 (27 fe) mg	$0 (Nivel 1)	DP
iron chews pediatric oral tablet chewable 15 mg	$0 (Nivel 1)	DP
iron complex oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
iron folate plus oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
iron high-potency oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
iron high-potency oral tablet extended release 45 mg	$0 (Nivel 1)	DP
iron infant & toddler oral solution 75 (15 fe) mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
iron infant/toddler oral solution 75 (15 fe) mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 28 mg, 325 (65 fe) mg, 325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
iron slow release oral tablet extended release 45 mg	$0 (Nivel 1)	DP
iron sucrose intravenous solution 20 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
iron supplement oral solution 15 mg/ml, 220 (44 fe) mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
IRON UP ORAL LIQUID 15 MG/0.5ML	$0 (Nivel 1)	DP
iron-vitamin c oral tablet 65-125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
kp ferrous gluconate oral tablet 324 (37.5 fe) mg	$0 (Nivel 1)	DP
kp ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg	$0 (Nivel 1)	DP
K-TAN PLUS ORAL CAPSULE 162-115.2-1 MG	$0 (Nivel 1)	DP
meijer ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg	$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
na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution 12.5 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
nat-rul iron oral tablet 325 mg	$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
pc pediatric iron drops oral solution 75 (15 fe) mg/ml	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
POLY-IRON 150 ORAL CAPSULE 150 MG	$0 (Nivel 1)	DP
polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg	$0 (Nivel 1)	DP
polysaccharide-iron complex oral capsule 150 mg	$0 (Nivel 1)	DP
purevit dualfe plus oral capsule 162-115.2-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra high potency iron oral tablet 27 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra iron oral tablet 27 mg, 325 (65 fe) mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra slow release iron oral tablet extended release 45 mg	$0 (Nivel 1)	DP
se-tan plus oral capsule 162-115.2-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45 MG	$0 (Nivel 1)	DP
slow iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg	$0 (Nivel 1)	DP
slow release iron oral tablet extended release 45 mg, 47.5 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
SPATONE PUR-ABSORB IRON ORAL SOLUTION 5 MG/20ML	$0 (Nivel 1)	DP
sv iron oral tablet 325 (65 fe) mg	$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
trigels-f forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
true ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 mg	$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
wee care oral suspension 15 mg/1.25ml	$0 (Nivel 1)	DP
Inhibidores De Agregación Plaquetaria		
aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg	$0 (Nivel 1)	
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
OFTÁLMICOS		
Antialérgicos		
allergy eye ophthalmic solution 0.025-0.3 %	$0 (Nivel 1)	DP
azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %	$0 (Nivel 2)	
cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %	$0 (Nivel 2)	
cvs eye allergy relief ophthalmic solution 0.027-0.315 %	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
eq eye allergy relief ophthalmic solution 0.027-0.315 %	$0 (Nivel 1)	DP
eye allergy relief ophthalmic solution 0.025-0.3 %, 0.027-0.315 %	$0 (Nivel 1)	DP
NAPHCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	$0 (Nivel 1)	DP
OPCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.027-0.315 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra eye allergy relief ophthalmic solution 0.027-0.315 %	$0 (Nivel 1)	DP
VISINE OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	$0 (Nivel 1)	DP
ZERVIATE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	
Antiglaucoma		
betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %	$0 (Nivel 1)	
brinzolamide ophthalmic suspension 1 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	ST
carteolol hcl ophthalmic solution 1 %	$0 (Nivel 2)	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %	$0 (Nivel 2)	
dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %	$0 (Nivel 2)	
latanoprost ophthalmic solution 0.005 %	$0 (Nivel 1)	
levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %	$0 (Nivel 2)	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %	$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)	
timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %	$0 (Nivel 1)	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	
Antiinfectivos/Antiinflamatorios		
bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
loteprednol-tobramycin ophthalmic suspension 0.5-0.3 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1	$0 (Nivel 2)	
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1	$0 (Nivel 2)	
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %	$0 (Nivel 2)	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
Antiinfectivos		
bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm	$0-$12.65 (Nivel 3)	
bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm	$0 (Nivel 2)	
besifloxacin hcl ophthalmic suspension 0.6 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %	$0 (Nivel 2)	
erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm	$0 (Nivel 2)	
gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %	$0 (Nivel 2)	
moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 12 ml cada 30 días
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	
neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000	$0-$12.65 (Nivel 3)	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025	$0-$12.65 (Nivel 3)	
ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %	$0 (Nivel 2)	
polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%	$0 (Nivel 1)	
sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
tobramycin ophthalmic solution 0.3 %	$0 (Nivel 1)	
trifluridine ophthalmic solution 1 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	
XDEMVY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	
Antiinflamatorios		
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %	$0 (Nivel 2)	
difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	
fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %	$0 (Nivel 2)	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %	$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
artificial tears ophthalmic solution , 0.2-0.2-1 %, 0.5-0.6 %, 5-6 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
artificial tears pf ophthalmic solution 0.1-0.3 %	$0 (Nivel 1)	DP
atropine sulfate ophthalmic solution 1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
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
carboxymethylcellulose sod pf ophthalmic gel 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
carboxymethylcellulose sod pf ophthalmic solution 0.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
carboxymethylcellulose sodium ophthalmic gel 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
carboxymethylcellulose sodium ophthalmic solution 0.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
CLEAR EYES NATURAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 5-6 MG/ML	$0 (Nivel 1)	DP
cvs dry eye relief ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs lubricant drops fast act ophthalmic solution 0.4-0.3 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs lubricant drops ophthalmic gel 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs lubricant drops ophthalmic solution 0.6 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution 0.4-0.3 %, 0.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs lubricant eye drops ophthalmic solution 0.25 %, 0.4-0.3 %, 0.5 %, 0.6 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs natural tears pf ophthalmic solution 0.1-0.3 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs sod chloride hypertonicity ophthalmic ointment 5 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs sodium chloride ophthalmic ointment 5 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs sodium chloride ophthalmic solution 5 %	$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
dry eye relief drops ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %	$0 (Nivel 1)	DP
eq artificial tears ophthalmic solution 0.5-0.6 %	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
eq lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %, 0.6 %	$0 (Nivel 1)	DP
eq restore plus lubricant eye ophthalmic solution 0.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
eq restore tears ophthalmic solution 0.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
EYES ALIVE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	
ft lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %, 0.5 %	$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
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
gnp artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp eye drops long lasting ophthalmic solution 0.4-0.3 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp eye drops ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution 0.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense artificial tears ophthalmic solution 0.5-0.6 %	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense lubricating plus pf ophthalmic solution 0.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense ultra lubricant drop ophthalmic solution 0.4-0.3 %	$0 (Nivel 1)	DP
just tears eye drops ophthalmic solution	$0 (Nivel 1)	DP
lubricant drops/dual-action ophthalmic solution 0.5-0.9 %	$0 (Nivel 1)	DP
lubricant eye drop ophthalmic solution 0.6 %	$0 (Nivel 1)	DP
lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution 0.1-0.3 %, 0.4-0.3 %	$0 (Nivel 1)	DP
lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %, 0.5 %, 0.6 %	$0 (Nivel 1)	DP
lubricant eye drops pf ophthalmic solution 0.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
lubricating tears eye drops ophthalmic solution 0.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION 1.338 GM/ML	$0-$12.65 (Nivel 3)	
moisturizing lubricant eye ophthalmic solution 0.25 %	$0 (Nivel 1)	DP
MURO 128 OPHTHALMIC OINTMENT 5 %	$0 (Nivel 1)	DP
MURO 128 OPHTHALMIC SOLUTION 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
polyvinyl alcohol ophthalmic solution 1.4 %	$0 (Nivel 1)	DP
proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
qc artificial tears ophthalmic solution 0.5-0.6 %	$0 (Nivel 1)	DP
qc lubricant eye drops ophthalmic solution 0.6 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra lubricant eye drops ophthalmic solution 0.5 %, 0.6 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra lubricant eye ophthalmic solution 0.4-0.3 %	$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
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)	
RETAINE CMC OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
sodium chloride (hypertonic) ophthalmic ointment 5 %	$0 (Nivel 1)	DP
sodium chloride (hypertonic) ophthalmic solution 5 %	$0 (Nivel 1)	DP
SOOTHE HYDRATION OPHTHALMIC SOLUTION 1.25 %	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
SYSTANE HYDRATION PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	$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
ultra lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %	$0 (Nivel 1)	DP
ultra lubricating eye drops pf ophthalmic solution 0.4-0.3 %	$0 (Nivel 1)	DP
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
ÓTICOS		
Agentes Óticos		
acetic acid otic solution 2 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	
FLAC OTIC OIL 0.01 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	
neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1	$0-$12.65 (Nivel 3)	
ofloxacin otic solution 0.3 %	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	$0 (Nivel 2)	B/D
ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %	$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
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
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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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
cetirizine hcl allergy child oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cetirizine hcl childrens alrgy oral solution 1 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
cetirizine hcl childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
cetirizine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cetirizine hcl solution 5 mg/5ml oral (otc)	$0 (Nivel 1)	DP
cetirizine hcl solution 5 mg/5ml oral (rx)	$0 (Nivel 1)	DP
cetirizine hcl solution 5 mg/5ml oral (rx)	$0 (Nivel 2)	QL; 300 ml cada 30 días
childrens 24 hour allergy oral solution 1 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
chlorhist oral tablet 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
chlorphen oral tablet 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
chlorpheniramine maleate er oral tablet extended release 12 mg	$0 (Nivel 1)	DP
chlorpheniramine maleate oral tablet 4 mg	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CLARITIN REDITABS ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG, 5 MG	$0 (Nivel 1)	DP
clemastine fumarate oral tablet 2.68 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cold multi-symptom severe day oral tablet 5-10-200-325 mg	$0 (Nivel 1)	DP
complete allergy medicine oral capsule 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
complete allergy medicine oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
complete allergy relief oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
curelief oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs allerg rel child (lorat) oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs allergy & hives relief oral tablet 180 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs allergy oral capsule 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs allergy relief adult oral liquid 50 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs allergy relief childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs allergy relief childrens oral tablet chewable 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs allergy relief oral capsule 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs allergy relief oral liquid 25 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs allergy relief oral tablet 10 mg, 180 mg, 25 mg, 5 mg, 60 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs allergy relief oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs allergy relief oral tablet extended release 12 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs allergy relief(cetirizine) oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs indoor/outdoor allergy rlf oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA
cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg	$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
diphen oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
diphenhist oral capsule 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
diphenhydramine hcl childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml, 25 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
diphenhydramine hcl oral tablet 25 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ed chlorped jr oral syrup 2 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq all day allergy relief oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq allerg relief child (cetir) oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq allerg relief child (lorat) oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq allergy relief (cetirizine) oral solution 1 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq allergy relief (cetirizine) oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq allergy relief oral capsule 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq allergy relief oral tablet 10 mg, 180 mg, 25 mg, 4 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq loratadine childrens oral tablet dispersible 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq loratadine oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eql all day allergy oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql allergy oral tablet 25 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql allergy relief oral tablet 10 mg, 180 mg, 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft all day allergy 24 hour oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ft all day allergy oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft all day allergy relief oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ft allergy relief 12 hour oral tablet 60 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft allergy relief 24 hour oral tablet 180 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft allergy relief cetirizine oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ft allergy relief childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ft allergy relief childrens oral tablet chewable 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft allergy relief loratadine oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft allergy relief oral capsule 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft allergy relief oral tablet 10 mg, 180 mg, 25 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
geri-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
geri-dryl oral tablet 25 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
gnp all day allergy childrens oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp all day allergy oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp allergy oral capsule 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp allergy oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp allergy relief 24 hr oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp allergy relief max st oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp allergy relief oral capsule 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp allergy relief oral tablet 180 mg, 25 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp fexofenadine hcl oral tablet 180 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp loratadine oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp loratadine oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp loratadine oral tablet dispersible 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense all day allergy oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense all day allergy oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense aller-ease oral tablet 180 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense allergy relief child oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense allergy relief oral capsule 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense allergy relief oral tablet 10 mg, 25 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense loratadine oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
h-e-b childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA
hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA
hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg	$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
kls allergy medicine oral tablet 25 mg	$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
kp diphenhydramine hcl oral capsule 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
kp fexofenadine hcl oral tablet 60 mg	$0 (Nivel 1)	DP
levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 300 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (otc)	$0 (Nivel 1)	DP
levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (rx)	$0 (Nivel 1)	DP
levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (rx)	$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
liquid allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
loradamed oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
loratadine oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
loratadine oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
loratadine oral tablet dispersible 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
MAXALLERGY KIDS ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	$0 (Nivel 1)	DP
m-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
meijer allergy relief oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
meijer allergy relief oral tablet dispersible 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
meijer antihistamine allergy oral capsule 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
meijer loratadine oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
MM ALLER-BEN ORAL TABLET 25 MG	$0 (Nivel 1)	DP
mm allergy relief 24 hour oral tablet 180 mg	$0 (Nivel 1)	DP
mm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg	$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
pharbechlor oral tablet 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
pharbedryl oral capsule 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc all day allergy oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
qc allergy relief childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
qc allergy relief childrens oral syrup 1 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
qc allergy relief oral capsule 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc allergy relief oral tablet 10 mg, 180 mg, 25 mg, 4 mg, 60 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc allergy relief oral tablet dispersible 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc cetirizine allergy relief oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc chlor-pheniramine oral tablet 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc complete allergy medicine oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc loratadine allergy relief oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy medication oral capsule 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy medication oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy medication oral tablet 25 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ra allergy oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy relief (cetirizine) oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy relief (loratadine) oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy relief childrens oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy relief childrens oral syrup 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy relief childrens oral tablet chewable 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy relief oral capsule 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy relief oral tablet 180 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra chlorpheniramine maleate oral tablet 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra complete allergy oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
RA DIPHEDRYL ALLERGY ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	$0 (Nivel 1)	DP
ra loratadine oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ra loratadine oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb allergy medicine oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
sb allergy medicine oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb allergy oral capsule 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb allergy oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb allergy relief oral tablet dispersible 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb cetirizine hcl childrens oral solution 1 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
sb chlorpheniramine oral tablet 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb loratadine allergy relief oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb loratadine oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
sb loratadine oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sm allergy relief oral tablet dispersible 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sm loratadine oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
TOTAL ALLERGY MEDICINE ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	$0 (Nivel 1)	DP
total allergy oral tablet 25 mg	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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		
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%	$0 (Nivel 2)	B/D
albuterol sulfate inhalation nebulization solution 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	B/D
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act	$0-$12.65 (Nivel 3)	ST; QL; 2 inhaladores 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 inhalaciones cada 30 días
terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	$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
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
ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml	$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
budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act	$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
fluticasone-salmeterol 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
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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Diversos		
acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %	$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
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
asthma relief oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
breathe comfort chamber/adult device	$0 (Nivel 1)	DP
breathe comfort chamber/child device	$0 (Nivel 1)	DP
breathe ease large device	$0 (Nivel 1)	DP
breathe ease medium device	$0 (Nivel 1)	DP
breathe ease small device	$0 (Nivel 1)	DP
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER DEVICE	$0 (Nivel 1)	DP
BRONKAID MAX ORAL TABLET 25 MG	$0 (Nivel 1)	DP
classic neti pot sinus wash nasal kit 2300-700 mg	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK DEVICE	$0 (Nivel 1)	DP
cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	B/D
cromolyn sodium nasal aerosol solution 5.2 mg/act	$0 (Nivel 1)	DP
cvs allergy relief neti pot nasal kit 2300-700 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs asthma relief oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs neti pot soft tip nasal kit 700-2300 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs saline sinus wash refills nasal packet 700-2300 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs sinus wash system nasal kit 2300-700 mg	$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
epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
eq space chamber anti-static device	$0 (Nivel 1)	DP
eq space chamber anti-static l device	$0 (Nivel 1)	DP
eq space chamber anti-static m device	$0 (Nivel 1)	DP
eq space chamber anti-static s device	$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
gnp sinus wash neti pot nasal kit 2300-700 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp sinus wash refill nasal packet 2300-700 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp squeeze bottle sinus relie nasal kit 2300-700 mg	$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
kettle neti pot sinus wash nasal kit 2300-700 mg	$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
neti pot sinus wash nasal kit 2300-700 mg	$0 (Nivel 1)	DP
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
pirfenidone oral capsule 267 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 270 cápsulas cada 30 días
pirfenidone oral tablet 267 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 270 tabletas cada 30 días
pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg	$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
pro comfort spacer adult	$0 (Nivel 1)	DP
pro comfort spacer child	$0 (Nivel 1)	DP
pro comfort spacer infant device	$0 (Nivel 1)	DP
procare spacer/adult mask device	$0 (Nivel 1)	DP
procare spacer/child mask device	$0 (Nivel 1)	DP
prochamber vhc device	$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
pure comfort spacer chamber device	$0 (Nivel 1)	DP
ra micro-filtered sinus wash nasal kit 2300-700 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra sinus wash nasal relief nasal packet 1685-515 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra sinus wash neti pot nasal packet 1685-515 mg	$0 (Nivel 1)	DP
RITEFLO DEVICE	$0 (Nivel 1)	DP
roflumilast oral tablet 250 mcg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 56 tabletas cada año
roflumilast oral tablet 500 mcg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
saline nasal packet 2300-700 mg	$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
SINUGATOR NASAL WASH NASAL PACKET	$0 (Nivel 1)	DP
sinus wash squeeze bottle nasal kit 2300-700 mg	$0 (Nivel 1)	DP
squeeze bottle sinus wash nasal kit 2300-700 mg	$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
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
theophylline oral elixir 80 mg/15ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
theophylline oral solution 80 mg/15ml	$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
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		
flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 3 botellas cada 30 días
fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act	$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
budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
Moduladores De Leucotrieno		
montelukast sodium oral packet 4 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
montelukast sodium oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	
montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg	$0 (Nivel 2)	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Tos Y Resfriado		
12 hour allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
12 hour decongestant nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
12 hour decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
12 hour nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
12 hour nasal relief spray nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
12 hour nasal spray nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
12 hr mucus relief max oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
4-WAY FAST ACTING NASAL SOLUTION 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
actidom dmx oral liquid 10-30-200 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ACTINEL DM ORAL LIQUID 10-20-400 MG/5ML	$0 (Nivel 1)	DP
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
all day allergy d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
allergy d-12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
allergy rel d12 (cetirizine) oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
allergy relief d oral tablet extended release 24 hour 10-240 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
allergy relief d12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
allergy relief d-12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
allergy relief d-24 oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	$0 (Nivel 1)	DP
allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	$0 (Nivel 1)	DP
allergy relief-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
altarussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
altarussin oral liquid 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
altipres oral liquid 5-10-200 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
altipres pediatric oral liquid 2.5-5-75 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
altituss oral liquid 10-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
anefrin spray nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
aquanaz oral tablet 10-15-400 mg	$0 (Nivel 1)	DP
benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
biocof oral liquid 10-20-400 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
biocotron oral liquid 10-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
biodesp dm oral syrup 5-15-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
bio-z-cough oral syrup 20-400 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
BUCKLEYS CHEST CONGESTION ORAL LIQUID 100 MG/5ML	$0 (Nivel 1)	DP
cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
chest congestion relief child oral liquid 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
chest congestion relief dm oral syrup 10-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
chest congestion relief oral liquid 100 mg/5ml	$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
coditussin ac oral liquid 200-10 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
coditussin dac oral liquid 30-10-200 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
COMTREX DEEP CHEST COLD ORAL TABLET 325-200 MG	$0 (Nivel 1)	DP
cough & chest congestion dm oral liquid 5-100 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
cough & congestion kids oral liquid 5-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
coughtab oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs 12 hour nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs allergy nasal mist no drip nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs allergy relief-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs allergy relief-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs allergy relief-d12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs cough & chest congestion oral liquid 20-400 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs dm maximum adult oral liquid 5-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs mucus dm extended release oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs mucus extended release oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs multi-symptoms cold child oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs nasal decongestant inhalation inhaler 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs nasal decongestant oral tablet 30 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs nasal mist nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs nasal spray nasal solution 0.05 %, 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs severe cough/congest oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs sinus nasal spray nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs sinus pe decongestant oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs tussin adult chest congest oral liquid 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs tussin cough oral capsule 15 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs tussin dm max st oral liquid 20-400 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs tussin dm oral liquid 10-100 mg/5ml, 200-20 mg/10ml	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
cvs tussin maximum strength oral syrup 15 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
cvs tussindm cough/chest adult oral liquid 20-200 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
DECONEX IR ORAL TABLET 10-385 MG	$0 (Nivel 1)	DP
decongestant oral tablet 30 mg	$0 (Nivel 1)	DP
decongestant vapor inhalation inhaler	$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
DESGEN PEDIATRIC ORAL LIQUID 2.5-5-50 MG/ML	$0 (Nivel 1)	DP
despec dm oral syrup 5-10-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
despec dm-g oral syrup 5-10-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
despec eda oral liquid 2.5-5-50 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
dextromethorphan hbr oral capsule 15 mg	$0 (Nivel 1)	DP
dextromethorphan polistirex er oral suspension extended release 30 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
dextromethorphan-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5ml, 10-200 mg/10ml, 20-200 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 10-100 mg/5ml, 20-200 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
diabetic siltussin-dm oral liquid 100-10 mg/5ml	$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
dometuss-dmx oral liquid 10-30-200 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
DRISTAN NASAL SOLUTION 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
ed-a-hist dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq 12 hour mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq allergy & congestion relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
EQ ALLERGY RELIEF NASAL DECONG 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EQ ALLERGY RELIEF NASAL DECONG ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-240 MG	$0 (Nivel 1)	DP
eq allergy relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq cough & chest congestion dm oral liquid 20-200 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq cough childrens oral liquid 5-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
EQ MUCUS ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 1200 MG, 600 MG	$0 (Nivel 1)	DP
eq mucus relief 12 hour max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq mucus relief congest/cough oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq mucus relief dm oral liquid 20-400 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq multi-symptom cold children oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq nasal spray fast acting nasal solution 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
eq nasal spray nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
eq sinus & congestion max str oral tablet 30 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq sinus 12-hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq tussin dm max adult oral liquid 20-400 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq tussin dm max daytime oral liquid 20-400 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
eql allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
eql mucus-dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql nasal decongestant oral tablet 30 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql nasal decongestant pe oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
eql nasal spray fast acting nasal solution 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
eql nasal spray no drip nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
eql tussin cough/chest congest oral liquid 20-200 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
eql tussin cough/chest dm max oral liquid 20-400 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
eql vapor nasal decongestant inhalation inhaler 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft 12 hour cough relief oral suspension extended release 30 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ft all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft allergy d-12 hour oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft allergy relief-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft mucus relief 12hr max str oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft mucus relief 12hr oral tablet extended release 12 hour 600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft nasal decongestant max str oral tablet 30 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft nasal decongestant max str oral tablet extended release 12 hour 120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft nasal decongestant pe oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft nasal spray nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
ft tussin adult oral liquid 200 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
ft tussin cf adult oral liquid 10-20-200 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
ft tussin dm adult oral liquid 20-200 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
ft tussin dm max adult oral liquid 20-400 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
ft tussin dm oral liquid 20-200 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
ft vapor inhaler inhalation inhaler	$0 (Nivel 1)	DP
g tussin ac oral solution 100-10 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
gcon dmx oral tablet 10-17.5-385 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gcon ir oral tablet 10-385 mg	$0 (Nivel 1)	DP
geri-tussin dm oral liquid 10-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
geri-tussin dm oral syrup 10-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
geri-tussin oral liquid 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
geri-tussin oral syrup 100 mg/5ml	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
gnp all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp allergy & congestion oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp cough dm er oral suspension extended release 30 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp cough relief childrens oral liquid 5-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp loratadine-d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp mucus dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp mucus er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp nasal decongestant oral tablet 30 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp nasal decongestant pe oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp nasal four spray nasal solution 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp nasal spray fast acting nasal solution 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp nasal spray nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp no drip nasal spray nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp tussin adult oral liquid 200 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp tussin cf cough & cold oral syrup 5-10-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
gnp tussin dm max oral liquid 20-400 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
gnp tussin dm oral liquid 20-200 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense mucus er maximum str oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense mucus er oral tablet extended release 12 hour 600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense mucus relief child oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense mucus/congest/cough oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense tussin dm oral liquid 20-200 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense vapor inhalation inhaler	$0 (Nivel 1)	DP
g-supress dx pediatric oral liquid 2.5-5-50 mg/ml	$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
guaiasorb dm oral liquid 10-100 mg/5ml, 20-200 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
guaiatussin ac oral syrup 100-10 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
guaifed oral liquid 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
guaifed-dm oral liquid 10-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
guaifenesin dm oral liquid 10-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
guaifenesin er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
guaifenesin oral liquid 100 mg/5ml, 200 mg/10ml, 300 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
guaifenesin oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml, 200-20 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
guaifenesin-dm oral liquid 100-10 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
guaifenesin-dm oral syrup 100-10 mg/5ml	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
hm mucus relief er max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	$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
hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release 10-8 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution 5-1.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet 5-1.5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
hydromet oral solution 5-1.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
HYPERSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 7 %	$0 (Nivel 1)	DP
igualtuss oral liquid 10-28-388 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
intense cough reliever oral liquid 20-300 mg/5ml, 30-200 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
KLS ALLERCLEAR D-12HR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	$0 (Nivel 1)	DP
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
kp pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	$0 (Nivel 1)	DP
lohist-dm oral syrup 5-2-10 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
long acting nasal spray nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
long lasting nasal spray nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
loratadine-d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
loratadine-d 24hr oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	$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
maxi-tuss ac oral solution 100-10 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
maxi-tuss cd oral liquid 10-4-10 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
maxi-tuss g oral liquid 10-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
maxi-tuss gmx oral liquid 10-200 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
medi-tussin dm double strength oral liquid 30-200 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
medi-tussin dm oral syrup 100-10 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
meijer allergy relief-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
meijer nasal decongestant oral tablet 30 mg	$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
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
mucus & chest congestion oral liquid 200 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
mucus congest & cough child oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
mucus dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
mucus relief chest congestion oral liquid 400 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
mucus relief dm max oral liquid 20-400 mg/20ml, 5-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
mucus relief dm oral liquid 20-400 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
mucus relief multi symptom oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
mucus relief severe congst/cgh oral liquid 10-20-400 mg/20ml, 2.5-5-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
mucus-dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
multi-symptom cold childrens oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
multi-symptom cold plus child oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
nasal decongestant 12hr oral tablet extended release 12 hour 120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
nasal decongestant d max str oral tablet 30 mg	$0 (Nivel 1)	DP
nasal decongestant d oral tablet 30 mg	$0 (Nivel 1)	DP
nasal decongestant nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
nasal decongestant oral tablet 30 mg	$0 (Nivel 1)	DP
nasal decongestant pe max st oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
nasal decongestant pe oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
nasal decongestant spray nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
nasal four nasal solution 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
nasal spray max strength nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
nasal spray nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
nasal spray no drip nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
NEO-SYNEPHRINE COLD/ALLRGY EXT NASAL SOLUTION 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
neotuss oral liquid 30-200 mg/5ml	$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
no drip nasal spray nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
nohist-dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
non-pseudo sinus decongestant oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
NOSTRILLA NASAL SOLUTION 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
NRS NASAL RELIEF NASAL SOLUTION 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
oxymetazoline hcl nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
PECGEN DMX ORAL LIQUID 10-187 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
phenylephrine hcl oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
phenylephrine-dm-gg oral liquid 10-18-200 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
poly-tussin ac oral liquid 10-4-10 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
POLY-VENT IR ORAL TABLET 60-380 MG	$0 (Nivel 1)	DP
pres gen oral liquid 5-10-200 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
pres gen pediatric oral liquid 2.5-5-75 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
promethazine-codeine oral solution 6.25-10 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
pseudoeph-bromphen-dm oral syrup 30-2-10 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
pseudoephedrine hcl er oral tablet extended release 12 hour 120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	$0 (Nivel 1)	DP
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 con/cgh 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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
ra lorata-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra menthol nasal inhaler inhalation inhaler	$0 (Nivel 1)	DP
ra mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra nasal decongestant pe oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra nose drops extra strength nasal solution 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra sinus/congestion relief oral tablet 30 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra sinus/congestion relief oral tablet extended release 12 hour 120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra sinus/congestion relief pe oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra suphedrine oral tablet 30 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra suphedrine oral tablet extended release 12 hour 120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra tussin cgh & cold mucus cf oral liquid 5-10-200 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ra tussin cgh/chest congest dm oral liquid 100-10 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ra tussin chest congestion oral liquid 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ra tussin cough dm sugar free oral syrup 100-10 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ra tussin cough oral liquid 10-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ra tussin cough/chest dm max oral liquid 10-200 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ra tussin dm oral liquid 100-10 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ra tussin oral liquid 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
robafen cf multi-symptom cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml	$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
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
rydex g oral tablet 38.5-398 mg	$0 (Nivel 1)	DP
rynex pse oral liquid 1-15 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
SAFETUSSIN DM COUGH/CHEST CONG ORAL LIQUID 10-100 MG/5ML	$0 (Nivel 1)	DP
sb 12hr nasal spray nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
sb allergy relief/nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb cough control cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
sb cough control oral liquid 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
sb coughtab oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb nasal spray no-drip nasal solution 0.05 %	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
sb sinus relief nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
scot-tussin expectorant oral liquid 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
SCOT-TUSSIN SENIOR ORAL LIQUID 15-200 MG/5ML	$0 (Nivel 1)	DP
siltussin sa oral liquid 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
sinus nasal spray nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
sinus relief extra strength nasal solution 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
sinus relief mist nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
sinus relief nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	DP
sm tussin cough/chest congest oral liquid 20-200 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
sodium chloride inhalation nebulization solution 7 %	$0 (Nivel 1)	DP
SORBUGEN NR ORAL LIQUID 15-150 MG/7.5ML	$0 (Nivel 1)	DP
sorbutuss nr oral liquid 10-100 mg/5ml	$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
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
suphedrine 12hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
supress dm pediatric oral liquid 5-50 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
supress-dx pediatric oral liquid 2.5-5-50 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
teo-tus oral liquid 5-10-200 mg/5ml	$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
tusnel diabetic oral liquid 10-100 mg/5ml	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TUSNEL-EX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	$0 (Nivel 1)	DP
tussin cf cough & cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
tussin cough oral capsule 15 mg	$0 (Nivel 1)	DP
tussin dm cough & chest conges oral liquid 20-200 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
tussin dm cough & chest oral liquid 20-200 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
tussin dm cough + chest oral liquid 20-200 mg/20ml, 20-400 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	DP
tussin dm oral liquid 10-100 mg/5ml, 100-10 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
tussin mucus & chest congest oral liquid 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
tussin mucus+chest congest sf oral liquid 200 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
tussin mucus+chest congestion oral liquid 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
TUSSI-PRES ORAL LIQUID 5-10-200 MG/5ML	$0 (Nivel 1)	DP
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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
wal-tap cold/allergy oral elixir 1-15 mg/5ml	$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
wal-tussin oral syrup 100 mg/5ml	$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
ZYRTEC-D ALLERGY & SINUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	$0 (Nivel 1)	DP
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	QL; 30 tabletas cada 30 días
APTIOM 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
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
carbamazepine oral tablet 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
carbamazepine oral tablet chewable 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 480 ml cada 30 días
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 90 tabletas cada 30 días
clonazepam oral tablet 2 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 300 tabletas cada 30 días
clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 90 tabletas cada 30 días
clonazepam oral tablet dispersible 2 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 300 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg	$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
diazepam oral solution 5 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 1200 ml cada 30 días
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	$0-$12.65 (Nivel 4)	
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 2)	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 600 ml cada 30 días
eslicarbazepine acetate oral tablet 200 mg, 400 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
eslicarbazepine acetate oral tablet 600 mg, 800 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
ethosuximide oral capsule 250 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
ethosuximide oral solution 250 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
felbamate oral suspension 600 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	$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
gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 360 cápsulas cada 30 días
gabapentin oral capsule 400 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 270 cápsulas cada 30 días
gabapentin oral solution 250 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 2160 ml cada 30 días
gabapentin oral tablet 600 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 180 tabletas cada 30 días
gabapentin oral tablet 800 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 120 tabletas cada 30 días
lacosamide oral solution 10 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 1200 ml cada 30 días
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
lacosamide oral tablet 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 tabletas cada 30 días
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	$0 (Nivel 1)	
lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	$0 (Nivel 2)	
levetiracetam oral tablet disintegrating soluble 250 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 360 tabletas cada 30 días
levetiracetam oral tablet disintegrating soluble 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 180 tabletas cada 30 días
methsuximide oral capsule 300 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 10 unidades nasales cada 30 días
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
perampanel oral suspension 0.5 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 680 ml cada 28 días
perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
perampanel oral tablet 2 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 1500 ml cada 30 días
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	$0-$12.65 (Nivel 3)	
phenytoin oral suspension 125 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
phenytoin oral tablet chewable 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
pregabalin oral capsule 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
pregabalin oral solution 20 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg	$0 (Nivel 2)	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	$0 (Nivel 2)	
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2400 ml cada 30 días
rufinamide oral tablet 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 480 tabletas cada 30 días
rufinamide oral tablet 400 mg	$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 SUSPENSION 10 MG/ML	$0-$12.65 (Nivel 5)	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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
topiramate oral capsule sprinkle 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
topiramate oral solution 25 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 480 ml cada 30 días
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 2)	
valproic acid oral capsule 250 mg	$0 (Nivel 2)	
valproic acid oral solution 250 mg/5ml	$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
vigabatrin oral packet 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 paquetes cada 30 días
vigabatrin oral tablet 500 mg	$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
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 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 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
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 2)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1100 ml cada 30 días
Agentes Antiparkinsonianos		
amantadine hcl oral capsule 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
amantadine hcl oral tablet 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	$0 (Nivel 2)	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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	$0 (Nivel 2)	
carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
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	$0-$12.65 (Nivel 4)	
entacapone oral tablet 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 300 cápsulas cada 30 días
pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	$0 (Nivel 2)	
rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	$0 (Nivel 2)	
selegiline hcl oral capsule 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
selegiline hcl oral tablet 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg	$0 (Nivel 2)	
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
dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 jeringas cada 30 días
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes Para Terapia Musculoesquelética		
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg	$0 (Nivel 2)	
baclofen oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 90 tabletas cada 30 días
carisoprodol oral tablet 350 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
methocarbamol oral tablet 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 360 tabletas cada 30 días
methocarbamol oral tablet 750 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 2)	
Ansiolíticos		
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 150 tabletas cada 30 días
buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
buspirone hcl oral tablet 30 mg, 7.5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml	$0 (Nivel 2)	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 150 ml cada 30 días
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 150 ml cada 30 días
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 150 tabletas cada 30 días
Antidemencia		
donepezil hcl oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 2)	
donepezil hcl oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg	$0 (Nivel 2)	
donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 200 ml cada 30 días
galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA
memantine hcl oral solution 2 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA
memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA
memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA
memantine hcl-donepezil hcl er oral capsule extended release 24 hour 14-10 mg, 21-10 mg, 28-10 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7-10 MG	$0-$12.65 (Nivel 4)	
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 parches cada 30 días
Antidepresivos		
amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg	$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
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 60 tabletas cada 30 días
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 60 tabletas cada 30 días
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	$0 (Nivel 2)	
citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	$0 (Nivel 1)	
clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA
desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA
desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA
doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml	$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
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg	$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
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
EXXUA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
EXXUA TITRATION PACK ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18.2 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2 paquetes cada año
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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	$0 (Nivel 1)	
fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 2)	PA
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 180 tabletas cada 30 días
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	$0 (Nivel 2)	
mirtazapine oral tablet 7.5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	$0 (Nivel 2)	
nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	$0 (Nivel 2)	PA
phenelzine sulfate oral tablet 15 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 1800 ml cada 30 días
sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
trimipramine maleate oral capsule 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg	$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
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg	$0 (Nivel 2)	
venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	$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
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 900 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg	$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
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	$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
chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
clozapine oral tablet 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 270 tabletas cada 30 días
clozapine oral tablet 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 tabletas cada 30 días
clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
clozapine oral tablet dispersible 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 270 tabletas cada 30 días
clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA
clozapine oral tablet dispersible 150 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
clozapine oral tablet dispersible 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLET 1 & 2 & 6 MG	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 2 paquetes cada año
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	$0-$12.65 (Nivel 3)	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	$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
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
lurasidone hcl oral tablet 80 mg	$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
molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg	$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
olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 3 frascos cada 1 día
olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 60 tabletas cada 30 días
olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	ST; QL; 60 tabletas cada 30 días
olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 90 tabletas cada 30 días
quetiapine fumarate oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 180 tabletas cada 30 días
quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg	$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
risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 2 inyecciones cada 28 días
risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	QL; 2 inyecciones cada 28 días
risperidone oral solution 1 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 240 ml cada 30 días
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	$0 (Nivel 2)	
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	ST; QL; 90 tabletas cada 30 días
risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	ST; QL; 60 tabletas cada 30 días
risperidone oral tablet dispersible 4 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	ST; QL; 120 tabletas cada 30 días
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	$0-$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 0.5 MG, 0.75 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	QL; 60 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

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: **3/30/2026**

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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg	$0 (Nivel 2)	
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg	$0 (Nivel 1)	
lithium carbonate oral tablet 300 mg	$0 (Nivel 1)	
lithium oral solution 8 meq/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
riluzole oral tablet 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
tetrabenazine oral tablet 25 mg	$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
doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ramelteon oral tablet 8 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
tasimelteon oral capsule 20 mg	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
temazepam oral capsule 15 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
zaleplon oral capsule 10 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
zaleplon oral capsule 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg	$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
dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml	$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
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
ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 40 tabletas cada 28 días
naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg	$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
rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 18 tabletas cada 30 días
rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 18 tabletas cada 30 días
sumatriptan nasal solution 20 mg/act	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 12 unidades cada 30 días
sumatriptan nasal solution 5 mg/act	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 24 unidades 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 12 tabletas cada 30 días
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 12 inyecciones cada 30 días
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml	$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		
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
armodafinil oral tablet 50 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
modafinil oral tablet 100 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
modafinil oral tablet 200 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
sodium oxybate oral solution 500 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 540 ml cada 30 días
Non-Frf		
diazepam injection solution 5 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
gabapentin oral solution 300 mg/6ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 2160 ml cada 30 días
lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA
phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 90 tabletas cada 30 días
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 tabletas cada 30 días
valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml	$0-$12.65 (Nivel 4)	
Psicoterapéutico, Varios		
acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 tabletas cada 30 días
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 4-1 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 90 hojas cada 30 días
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 180 hojas cada 30 días
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 hojas cada 30 días
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg	$0 (Nivel 2)	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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 120 tabletas cada 30 días
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg	$0 (Nivel 2)	QL; 60 tabletas cada 30 días
cvs nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs nicotine mouth/throat lozenge 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr	$0 (Nivel 1)	DP
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
eq nicotine mouth/throat lozenge 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq nicotine step 3 transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr	$0 (Nivel 1)	DP
eq nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr	$0 (Nivel 1)	DP
folding paddle walker	$0 (Nivel 1)	DP
ft nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr	$0 (Nivel 1)	DP
gnp nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr	$0 (Nivel 1)	DP
gnp pain relief nighttime oral tablet 250-250-38 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KLS QUIT4 MOUTH/THROAT LOZENGE 4 MG	$0 (Nivel 1)	DP
naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml	$0 (Nivel 2)	
naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml	$0 (Nivel 2)	
naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml, 2 mg/2ml	$0 (Nivel 2)	
naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
naltrexone hcl oral tablet 50 mg	$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
nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
nicotine step 1 transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr	$0 (Nivel 1)	DP
nicotine step 2 transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr	$0 (Nivel 1)	DP
nicotine step 3 transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr	$0 (Nivel 1)	DP
nicotine transdermal kit 21-14-7 mg/24hr	$0 (Nivel 1)	DP
nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr	$0 (Nivel 1)	DP
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	$0-$12.65 (Nivel 4)	
qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr	$0 (Nivel 1)	DP
ra mini nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra nicotine gum mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr	$0 (Nivel 1)	DP
sm nicotine mouth/throat gum 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sm nicotine mouth/throat lozenge 2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sm nicotine polacrilex mouth/throat gum 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
THRIVE MOUTH/THROAT GUM 2 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 2 paquetes cada año
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)	$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		
3232a infant formula oral powder	$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
balanced nutritional drink oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
balanced nutritional drink pls oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
balanced nutritional shake pls oral liquid	$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
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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
chicken/peas/carrots oral powder	$0 (Nivel 1)	DP
chicken/peas/carrots plus oral powder	$0 (Nivel 1)	DP
chicken/peas/carrots plus pedi oral powder	$0 (Nivel 1)	DP
CHOLEXTRA ORAL POWDER	$0 (Nivel 1)	DP
click espresso protein drink oral powder	$0 (Nivel 1)	DP
co q 10 oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
co q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg	$0 (Nivel 1)	DP
co q10 oral capsule 30 mg	$0 (Nivel 1)	DP
co q-10 oral tablet chewable 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
co-enzyme q10 oral capsule 100 mg, 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
coenzyme q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 30 mg	$0 (Nivel 1)	DP
co-enzyme q-10 oral capsule 30 mg	$0 (Nivel 1)	DP
coenzyme q10 oral tablet 100 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
COMPLEAT ENTERAL LIQUID	$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 ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
COMPLEAT PEDI PEPTIDE 1.5 ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
COMPLEAT PEDI STANDARD 1.0 ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
COMPLEAT PEDI STANDARD 1.0 ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
COMPLEAT PEDI STANDARD 1.4 ENTERAL 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
COMPLEAT PEPTIDE 1.5 ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
COMPLEAT PEPTIDE 1.5 ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
COMPLEAT STANDARD 1.4 ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
COMPLEAT 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

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: **3/30/2026**

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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
eq nutritional shake oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
eq nutritional shake plus oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
eq weight loss shake oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
eql coq10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg	$0 (Nivel 1)	DP
equacare jr oral powder	$0 (Nivel 1)	DP
EQUATE ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
EQUATE PLUS ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
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 ENTERAL 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
ft co q-10 oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft co q-10 rapid release oral capsule 100 mg, 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft melatonin oral tablet 3 mg, 5 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA 1.2 CAL ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA 1.5 CAL ENTERAL 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 ENTERAL 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
glutamine oral powder	$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 ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
GLYTROL PREBIO1 ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
gnp co q-10 oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp co q10 oral capsule 100 mg, 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp melatonin maximum strength oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp melatonin oral tablet 3 mg	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense nutrisure original oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense nutrisure 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
haelan 951 fermented soy oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
haelan htpi fermented soy oral liquid	$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
high-protein nutritional shake oral liquid	$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 ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
IMPACT ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
INNOVACIN ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
INTROLITE ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
ISOSOURCE 1.5 CAL ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
ISOSOURCE 1.5 CAL ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
ISOSOURCE HN ENTERAL 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 ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
JEVITY 1 CAL ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
JEVITY 1 CAL/FIBER ENTERAL 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JEVITY 1.2 CAL ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
JEVITY 1.2 CAL ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
JEVITY 1.2 CAL/FIBER ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
JEVITY 1.5 CAL/FIBER ENTERAL 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
kale/quinoa/berries oral powder	$0 (Nivel 1)	DP
kale/quinoa/berries plus oral powder	$0 (Nivel 1)	DP
kale/quinoa/berries plus pedia oral powder	$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
keto oral liquid	$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
ketogen oral powder	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
kp melatonin oral tablet 3 mg	$0 (Nivel 1)	DP
K-PAX PROTEIN BLEND IMMUNE ORAL POWDER	$0 (Nivel 1)	DP
lecithin oral granules	$0 (Nivel 1)	DP
l-glutamine oral powder	$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
mega coq10 oral capsule 400 mg	$0 (Nivel 1)	DP
melatonin extra strength oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
melatonin maximum strength oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
melatonin oral liquid 1 mg/4ml, 2.5 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	DP
melatonin oral tablet 1 mg, 10 mg, 3 mg, 3-10 mg, 300 mcg, 5 mg	$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
nac 600 oral capsule 600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
nac oral capsule 500 mg, 600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
n-acetyl cysteine oral capsule 600 mg	$0 (Nivel 1)	DP
NEOCATE INFANT DHA/ARA 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NEOCATE JUNIOR ORAL POWDER	$0 (Nivel 1)	DP
NEOCATE JUNIOR PREBIOTICS ORAL POWDER	$0 (Nivel 1)	DP
NEOCATE SPLASH JUNIOR ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
NEOCATE SPOON ORAL POWDER	$0 (Nivel 1)	DP
NEOCATE SYNEO JUNIOR ORAL POWDER	$0 (Nivel 1)	DP
NEOQ10 ORAL CAPSULE 125 MG	$0 (Nivel 1)	DP
NEPRO ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
NEPRO ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
NEPRO/CARBSTEADY ENTERAL 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 ENTERAL 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 ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
NUTREN 1.5 ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
NUTREN 2.0 ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
NUTREN 2.0 ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
NUTREN JR ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
NUTREN JR FIBER ENTERAL 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 ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
NUTREN PULMONARY ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
nutrifocus oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
NUTRIHEP 1.5 CAL ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
nutritional drink mix oral powder	$0 (Nivel 1)	DP
nutritional drink oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
nutritional drink plus oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
nutritional drink shake mix oral powder	$0 (Nivel 1)	DP
nutritional shake complete oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
nutritional shake high protein oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
nutritional shake oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
nutritional shake plus oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
nutritional shake plus protein oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
nutritional supplement 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
nutritional supplement plus oral liquid	$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 ENTERAL LIQUID	$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
OS 2 ORAL POWDER	$0 (Nivel 1)	DP
OSMOLITE 1 CAL ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
OSMOLITE 1 CAL ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
OSMOLITE 1.2 CAL ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
OSMOLITE 1.2 CAL ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
OSMOLITE 1.5 CAL ENTERAL 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
PEDIASMART 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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
pediatric drink oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN 1 CAL/PREBIO1 ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN 1.5 CAL ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN 1.5 CAL ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN 1.5 CAL/PREBIO1 ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN 1.5 CAL/PREBIO1 ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN AF ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN AF ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN INTENSE VHP ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN INTENSE VHP ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN JUNIOR 1 CAL ENTERAL 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
PEPTAMEN JUNIOR 1.5 CAL ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 ENTERAL LIQUID	$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
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
pku trio oral powder	$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 ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
PROMOTE ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
PROMOTE/FIBER ENTERAL 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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
PULMOCARE ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
PURECARB ORAL POWDER	$0 (Nivel 1)	DP
push 20+ advanced oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
qc co q-10 oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc melatonin max st oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
Q-SORB CO Q-10 ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	$0 (Nivel 1)	DP
ra coenzyme q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra melatonin oral tablet 10 mg, 3 mg, 5 mg	$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
REASON ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
regular nutritional shake oral liquid	$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 ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
REPLETE FIBER 1 CAL ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
REPLETE FIBER ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
REPLETE ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
RESOURCE 2.0 ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
restore fusion renal support oral powder	$0 (Nivel 1)	DP
restore renal support oral powder	$0 (Nivel 1)	DP
sb complete nutrition oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
sb complete nutrition plus oral liquid	$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
sol carb 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
sv melatonin oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
THICK-IT THICKENED CRANBERRY ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
thrivacin 30 oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
thrivacin detox oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
TWOCAL HN 2.0 ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
TWOCAL HN ENTERAL 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
ucd trio oral powder	$0 (Nivel 1)	DP
ultramino soy protein oral powder	$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 ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
VITAL 1.0 CAL ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
VITAL 1.5 CAL ENTERAL 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 ENTERAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
VITAL AF 1.2 CAL ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
VITAL HP 1.0 CAL ENTERAL 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 ENTERAL 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
yl coenzyme q10 oral capsule 30 mg	$0 (Nivel 1)	DP
Electrolitos/Minerales, Inyectables		
dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
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 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
dextrose-sodium chloride solution 2.5-0.45 % intravenous	$0-$12.65 (Nivel 3)	
dextrose-sodium chloride solution 2.5-0.45 % intravenous	$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)	
kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%	$0-$12.65 (Nivel 3)	
kcl (0.298%) in nacl intravenous solution 40-0.9 meq/l-%	$0-$12.65 (Nivel 3)	
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-%-%	$0-$12.65 (Nivel 3)	
kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-%-% intravenous	$0-$12.65 (Nivel 3)	
kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-%-% intravenous	$0-$12.65 (Nivel 4)	
lactated ringers solution intravenous	$0-$12.65 (Nivel 3)	
lactated ringers solution intravenous	$0-$12.65 (Nivel 4)	
magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gm/100ml-%	$0-$12.65 (Nivel 3)	
magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 3 gm/100ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution	$0-$12.65 (Nivel 4)	
potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous	$0-$12.65 (Nivel 3)	
potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous	$0-$12.65 (Nivel 4)	
potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous	$0-$12.65 (Nivel 3)	
potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous	$0-$12.65 (Nivel 4)	
potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous	$0-$12.65 (Nivel 3)	
potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous	$0-$12.65 (Nivel 4)	
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	$0-$12.65 (Nivel 3)	
potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l	$0-$12.65 (Nivel 3)	
sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml	$0-$12.65 (Nivel 3)	
sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %	$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)	
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	$0 (Nivel 2)	
m-natal plus tablet 27-1 mg oral	$0-$12.65 (Nivel 3)	
potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq	$0 (Nivel 2)	
potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq	$0 (Nivel 2)	
potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
potassium chloride oral packet 20 meq	$0-$12.65 (Nivel 4)	
potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)	$0-$12.65 (Nivel 4)	
prenatal tablet 27-1 mg oral	$0-$12.65 (Nivel 3)	
sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg	$0 (Nivel 2)	
westab plus tablet 27-1 mg oral	$0-$12.65 (Nivel 3)	
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
cvs electrolyte solution oral solution	$0 (Nivel 1)	DP
cvs ped electrolyte freeze pop oral solution	$0 (Nivel 1)	DP
cvs pediatric electrolyte oral solution	$0 (Nivel 1)	DP
ENFAMIL ENFALYTE ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 1)	DP
EQUALYTE ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 1)	DP
ft electrolyte oral solution	$0 (Nivel 1)	DP
gnp electrolyte solution oral solution	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense electrolyte adv care oral solution	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense electrolyte oral solution	$0 (Nivel 1)	DP
h-e-b oral electrolyte oral solution	$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
oral electrolyte freezer pops oral solution	$0 (Nivel 1)	DP
oral electrolytes oral solution	$0 (Nivel 1)	DP
oralyte oral solution	$0 (Nivel 1)	DP
ped electrolyte freeze pops oral solution	$0 (Nivel 1)	DP
ped electrolyte freezer pops oral solution	$0 (Nivel 1)	DP
PEDIA VANCE ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 1)	DP
PEDIALYTE ADVANCED CARE ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 1)	DP
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
pediatric electrolyte 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ra pediatric electrolyte oral solution	$0 (Nivel 1)	DP
REHYDRALYTE ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 1)	DP
sb pediatric electrolyte oral solution	$0 (Nivel 1)	DP
sm pediatric electrolyte oral solution	$0 (Nivel 1)	DP
truelyte oral solution	$0 (Nivel 1)	DP
Minerales		
600+d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ADVANCED CALCIUM/D/MAGNESIUM ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
bone density builder oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
calcitrate plus d oral tablet 315-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
cal-citrate plus vitamin d oral tablet 250-2.5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium + d oral tablet chewable 500-1000-40 mg-unt-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium + d3 oral tablet 250-3 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium + vitamin d3 oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium 1000 + d oral tablet 1000-20 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium 1200 oral tablet chewable 1200-1000 mg-unit	$0 (Nivel 1)	DP
calcium 500 + d oral tablet 500-3.125 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium 500 + d3 oral tablet 500-15 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium 500/d oral tablet 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium 500/vitamin d oral tablet 500-3.125 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium 500+d high potency oral tablet 500-10 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium 500+d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium 500+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium 600 + d oral tablet 600-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium 600 +d high potency oral tablet 600-10 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium 600/vitamin d oral tablet chewable 600-10 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium 600/vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium 600+d high potency oral tablet 600-10 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium 600+d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg, 600-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium 600+d3 plus minerals oral tablet , 600-800 mg-unit	$0 (Nivel 1)	DP
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	$0 (Nivel 1)	DP
calcium carb-cholecalciferol oral tablet chewable 500-10 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium carbonate extra light powder	$0 (Nivel 1)	DP
calcium carbonate light powder	$0 (Nivel 1)	DP
calcium carbonate oral powder 800 mg/2gm	$0 (Nivel 1)	DP
calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg, 1500 (600 ca) mg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium carbonate oral tablet chewable 1250 (500 ca) mg, 260 mg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium carbonate powder	$0 (Nivel 1)	DP
calcium carbonate-vitamin d oral tablet 600-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium citrate + d oral tablet 250-5 mg-mcg, 315-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium citrate + d3 maximum oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium citrate + d3 oral tablet 200-6.25 mg-mcg, 250-5 mg-mcg, 315-5 mg-mcg, 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium citrate + oral tablet , 315-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium citrate chewy bite oral tablet chewable 500-12.5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium citrate oral tablet 250 mg, 333 mg, 950 (200 ca) mg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium citrate plus oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
calcium citrate plus/magnesium oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium citrate-mag-minerals oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
calcium citrate-vitamin d oral tablet 200-3.125 mg-mcg, 250-1.25 mg-mcg, 315-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium citrate-vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium creamies oral tablet chewable 600-10 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium gluconate oral capsule 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium high potency oral tablet 1500 (600 ca) 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
calcium high potency/vitamin d oral tablet 600-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium lactate oral tablet 100 mg, 750 mg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium magnesium zinc oral tablet 333-133-5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium oral tablet chewable 500-2.5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium oyster shell oral tablet 1250 (500 ca) mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium plus vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium plus vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium soft chews oral tablet chewable 500-1000-40 mg-unt-mcg, 500-500-40 mg-unt-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-15 mg-mcg, 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg, 333-133-8.3 mg, 333.33-133.33-5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium-magnesium-zinc-d3 oral tablet 333 mg-133 mg-5 mg-5 mcg, 333-133-5-3.33 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium-magnesium-zinc-vit d3 oral tablet 333 mg-133 mg-5 mg-1.7 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium-vitamin d oral tablet 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
calcium-vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
cal-mint oral tablet chewable 260 mg	$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
chelated magnesium oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
chelated zinc oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
CITRACAL MAXIMUM ORAL TABLET 315-6.25 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CITRACAL MAXIMUM PLUS ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
CITRACAL PETITES/VITAMIN D ORAL TABLET 200-6.25 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	DP
citrus calcium/vitamin d oral tablet 200-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs calcium + d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs calcium 600 & vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs calcium 600 + d/minerals oral tablet 600-800 mg-unit	$0 (Nivel 1)	DP
cvs calcium 600+d oral tablet 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs calcium citrate+d3 oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs calcium citrate+d3 w/magne oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs calcium soft chews oral tablet chewable 500-1000-40 mg-unt-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs magnesium oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs magnesium oxide oral tablet 250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs oyster shell calcium-vit d oral tablet 500-3.125 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs zinc gluconate oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq calcium 500+d oral tablet 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
eq calcium 600+d oral tablet 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
eq calcium 600+d+minerals oral tablet 600-800 mg-unit	$0 (Nivel 1)	DP
eq calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
eq calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
eq calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
eql calcium citrate/vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
eql calcium citrate/vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
eql calcium/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
eql calcium/vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
eql natural zinc oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
fem-cal citrate oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ft calcium + vitamin d3 oral tablet 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ft calcium 600+vit d3/minerals oral tablet 600-800 mg-unit	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ft calcium citrate +vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
FT CALCIUM CITRATE/VIT D3 ORAL TABLET 315-6.25 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	DP
ft calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ft calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg	$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
ft calcium-magnesium-zinc-d3 oral tablet 333-133-5-3.33 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ft magnesium oral tablet 250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft magnesium oxide oral tablet 400 (240 mg) mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft zinc chelated oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp cal mag zinc +d3 oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
gnp calcium 500 +d3 oral tablet 500-15 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp calcium 600 +d oral tablet 600-400 mg-unit	$0 (Nivel 1)	DP
gnp calcium 600 +d/minerals oral tablet 600-800 mg-unit	$0 (Nivel 1)	DP
gnp calcium 600 +d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp calcium citrate +d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp magnesium oxide oral tablet 400 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp zinc chelated oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
high absorption magnesium oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
IS-ZC 50 ORAL TABLET 50 MG	$0 (Nivel 1)	DP
kp calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
kp calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
kp calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
kp mag-oxide magnesium oral tablet 200 mg	$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
mag-g oral tablet 500 (27 mg) mg	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
magnesium carbonate oral powder 250 mg/gm	$0 (Nivel 1)	DP
magnesium gluconate oral tablet 250 mg, 27.5 mg, 550 mg	$0 (Nivel 1)	DP
magnesium lactate oral tablet extended release 84 mg (7meq)	$0 (Nivel 1)	DP
magnesium oral tablet 200 mg, 250 mg, 30 mg, 400 mg	$0 (Nivel 1)	DP
magnesium oxide -mg supplement oral tablet 250 mg, 400 (240 mg) mg, 400 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
magnesium oxide -mg supplement oral tablet chewable 200 mg	$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
manganese chloride intravenous solution 0.1 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
mg aspartate oral tablet 65 mg	$0 (Nivel 1)	DP
mgo oral tablet 400 (240 mg) mg	$0 (Nivel 1)	DP
MULTI MEGA MINERALS ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
natrul magnesium oral tablet 250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
nat-rul oyster calcium+vit d oral tablet 500-3.125 mg-mcg	$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
oyster calcium/d3 oral tablet 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
oyster shell calcium + d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
oyster shell calcium + d3 oral tablet 500-10 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
oyster shell calcium oral tablet 1250 (500 ca) mg, 500 mg, 500-10 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
oyster shell calcium plus d oral tablet 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
oyster shell calcium w/d oral tablet 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
oyster shell calcium/d oral tablet 250-6.25 mg-mcg, 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
oyster shell calcium/d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
oyster shell calcium/vit d oral tablet 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
oyster shell calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
PROSTEON ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
pure calcium carbonate oral tablet 1500 (600 ca) mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc calcium 500mg-d3 oral tablet 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
qc calcium fast dissolution oral tablet 1500 (600 ca) mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc zinc oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra calcium 600/vitamin d-3 oral tablet 600-10 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ra calcium cit plus vit d-3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ra calcium citrate plus vit d oral tablet 315-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ra calcium cit-vit d-3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ra calcium plus vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ra calcium plus vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
RA HI CAL ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	DP
ra natural magnesium oral tablet 250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra zinc oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb calcium + d oral tablet 600-5 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	DP
sb oyster shell calcium oral tablet 500 mg	$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
sodium fluoride oral solution 0.5 mg/ml, 1.1 (0.5 f) mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
sodium phosphates intravenous solution 45 mmole/15ml	$0 (Nivel 1)	DP
super calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg	$0 (Nivel 1)	DP
sv magnesium oral tablet 250 mg	$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
true magnesium oxide oral tablet 400 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
true oyster shell calcium oral tablet 1250 (500 ca) mg	$0 (Nivel 1)	DP
ultra calcium + vitamin d3 oral tablet 600-10 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
well magnesium oxide oral tablet 400 (240 mg) mg	$0 (Nivel 1)	DP
ZINC 15 ORAL TABLET 66 (15 ZN) MG	$0 (Nivel 1)	DP
zinc chelated oral tablet 22.5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
zinc gluconate oral tablet 100 mg, 15 mg, 30 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
zinc oral capsule 220 (50 zn) mg	$0 (Nivel 1)	DP
zinc oral tablet 100 mg, 30 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
zinc sulfate oral capsule 220 (50 zn) mg	$0 (Nivel 1)	DP
zinc sulfate oral tablet 220 (50 zn) mg	$0 (Nivel 1)	DP
Nutrición Iv		
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 15 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
chromic chloride intravenous solution 40 mcg/10ml	$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
clinimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
clinimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	B/D
clinimix/dextrose (8/14) intravenous solution 8 %	$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
cupric chloride intravenous solution 0.4 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
dextrose intravenous solution 10 %, 5 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
dextrose intravenous solution 50 %, 70 %	$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
selenious acid intravenous solution 60 mcg/ml	$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
zinc chloride intravenous solution 1 mg/ml	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Vitaminas		
50+ adult eye health oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
a thru z advanced adult oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
a thru z advanced oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
a thru z high potency oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
a thru z select 50+ advanced oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
a thru z select 50+ mens oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
a thru z select advanced oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
a thru z select oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
a thru z select oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
a thru z select ultimate women oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
a thru z ultimate mens oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
a-10000 oral capsule 3 mg (10000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
a-25 oral capsule 7.5 mg (25000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
abc complete adult oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
abc complete mens oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
abc complete senior 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
abc complete senior mens 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
abc complete senior womens 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
abc complete womens oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
acerola c-500 oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
actical oral capsule	$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 MANAGER ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
ADRENALIV ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
adrenoid oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
adult one daily gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
ADVANCED C PLUS ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
advanced eye health oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
ADVANCED MULTI EA ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 1)	DP
AFLORA ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
AIRAVITE ORAL TABLET 2.5-25-1 MG	$0 (Nivel 1)	DP
AIRBORNE ELDERBERRY 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
alive daily energy oral tablet	$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
ALIVE WOMENS ENERGY ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE WOMENS GUMMY 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALLBEE/C ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
ALPHA BETIC ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
altrixa ob oral tablet 15-0.4-0.6 mg	$0 (Nivel 1)	DP
altrixa oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
AMORYN MOOD BOOSTER ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
anti-allergy oral tablet 100-100-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
antioxidant a/c/e/selenium oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
antioxidant formula oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
antioxidant formula/minerals oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
antioxidant oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
anti-oxidant oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
antioxidant vitamins oral tablet	$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
aqueous vitamin d oral liquid 10 mcg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
ascorbic acid injection solution 500 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
ascorbic acid oral liquid 500 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
ascorbic acid oral tablet 1000 mg, 500 mg	$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
azesco oral tablet 13-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
b complex formula 1 (w/ fa) oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
b complex oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
b complex vitamins oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
b complex-b12 oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
b complex-c oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
b complex-c-folic acid oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
b1 natural oral tablet 250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
b1 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
b-1 oral tablet 100 mg, 250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
b-100 b-complex oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 2000 mcg, 250 mcg, 2500 mcg, 50 mcg, 500 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
b-12 oral tablet chewable 1000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
b-12 oral tablet dispersible 2500 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
b-12 oral tablet extended release 1000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
b-12 quick dissolve sublingual tablet sublingual 1000 mcg, 3000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
b-12 slow release oral tablet extended release 1000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
b-12 sublingual tablet sublingual 2500 mcg, 500 mcg, 5000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
b-50 complex oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
b6 natural oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
b-6 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
BABY DDROPS ORAL LIQUID 10 MCG /0.028ML, 10 MCG/0.03ML	$0 (Nivel 1)	DP
baby super daily d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml	$0 (Nivel 1)	DP
baby vitamin d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml	$0 (Nivel 1)	DP
BACMIN ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
balance b-50 oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
balanced b complex oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
balanced b-100 oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
balanced b-50/fa oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
BARIATRIC FUSION ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 1)	DP
bariatric multivitamin/iron oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
bariatric multivitamins oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
bariatric multivitamins oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
bariatric multivitamins oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
bariatric multivitamins/iron oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
bariatric multivitamins/iron oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
basic am oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
basic pm oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
b-compleet-100 oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
b-compleet-50 oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
b-complex (folic acid) oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
b-complex balanced oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
b-complex oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
b-complex plus b-12 oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
b-complex/b-12 oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
b-complex/electrolytes oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
b-complex/vitamin c oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
b-complex-c (w/folic acid) 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
b-complex-c oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
better b complex oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
BIG 100 (BIOTIN) ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
BIG 100 ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
bilberry plus oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
BIO-35 GLUTEN-FREE ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
BIO-35 IRON FREE ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
biocal oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
biocel oral tablet	$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
bioflex oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
BIOTECT PLUS ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
biotin forte oral tablet 3 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
biotin maximum strength oral capsule 5000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
biotin maximum strength oral tablet 10000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
biotin oral capsule 1 mg, 10 mg, 5 mg, 5000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
biotin oral tablet 10 mg, 1000 mcg, 10000 mcg, 5 mg, 5000 mcg, 800 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
biotin super potency oral capsule 5000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
bladder 2.2 oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
blood sugar manager oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
body/hair/skin/nails oral capsule	$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
bp vit 3 oral capsule 1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
b-plex oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
b-plex plus oral tablet	$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
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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
brain builder kids oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
BURIED TREASURE ACTIVE 55 PLUS ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
c 1000 oral tablet 1000 mg	$0 (Nivel 1)	DP
c 500 oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
c 500/rose hips oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
c extra strength oral tablet 1000 mg	$0 (Nivel 1)	DP
c-1000 oral tablet 1000 mg	$0 (Nivel 1)	DP
c-1000 oral tablet extended release 1000 mg	$0 (Nivel 1)	DP
c-1000/rose hips oral tablet 1000 mg	$0 (Nivel 1)	DP
c-250 oral tablet 250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
c-250 oral tablet chewable 250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
c-500 oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
c-500 oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
c-500 oral tablet extended release 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
c-500/rose hips oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
CALCIDOL ORAL SOLUTION 200 MCG/ML	$0 (Nivel 1)	DP
cardiopress oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
c-chewable oral tablet chewable 500 mg	$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
centavite a-z complete-mineral oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
centravites 50 plus oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
centravites adults oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
centravites oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM ADULT 50+ MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM ADULT 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: **3/30/2026**

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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
century mature oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
century oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
CENVITE ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
CEREFOLIN BRAIN WELLNESS ORAL TABLET 6-2-600 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
childrens animal shapes oral tablet chewable 18 mg	$0 (Nivel 1)	DP
childrens chew multivitamin oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
childrens chewable vitamins oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
childrens gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
CHOICEFUL MULTIVITAMIN ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
CHOICEFUL MULTIVITAMIN ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 1)	DP
cholase control oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
cholecalciferol oral tablet 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
CITRACAL +D3 ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
classic prenatal oral tablet 28-0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cod liver oil oral capsule , 1250-130 unit, 1250-133 unit, 1250-135 unit, 4000-200 unit	$0 (Nivel 1)	DP
cod liver oil w/vit a & d 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
cod liver oil/low vitamin a oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
cod liver oil/vitamins a & d oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
collagen ultra oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
companion oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
COMPETE ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
complete multivitamin/mineral oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
CO-NATAL FA ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
coral calcium plus oral capsule	$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
cvs adult 50+ eye health oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
cvs adult multivitamin oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 1)	DP
CVS AIRSHIELD ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 1)	DP
cvs b complex plus c oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs b-1 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs b12 gummies oral tablet chewable 500 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs b-12 oral tablet 500 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs b12 oral tablet chewable 2500 mcg, 5000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs b6 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs biotin high potency oral tablet 1000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs biotin oral capsule 10 mg, 5000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs biotin oral tablet 5000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs chewable c with rose hips oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs chewable childrens vitamin oral tablet chewable 18 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs childrens complete oral tablet chewable 18 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
cvs daily gummies adult oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
cvs daily gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
cvs daily multiple for men oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs daily multiple women 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs daily multiv/mineral mens oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs daily multivitamin mens oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs daily multivitamin womens oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs e oral capsule 90 mg (200 unit)	$0 (Nivel 1)	DP
cvs eye health & lutein oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs eye health adult 50+ oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
cvs folic acid oral tablet 800 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs gummy dinos oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
cvs gummy multivitamin kids oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
cvs immune support oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
cvs mens daily gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
cvs one daily essential oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs one daily mens 50+ adv oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs one daily mens formula oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs one daily womens 50+ adv oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs one daily womens formula oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs prenatal gummy oral tablet chewable 0.4-113.5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs prenatal multi+dha oral capsule 27-0.8-250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs prenatal multivitamin oral capsule 27-0.8-250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs prenatal oral tablet 27-0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs spectravite adult 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs spectravite adult 50+ oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
cvs spectravite adults oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs spectravite advanced oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs spectravite men 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs spectravite men oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs spectravite senior oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs spectravite ultra men 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs spectravite ultra mens oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs spectravite ultra women oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs spectravite women 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs spectravite women oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs spectravite women oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
cvs spectravite womens senior 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
cvs super b complex/c oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs vision health oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
cvs vitamin a oral capsule 2400 mcg (8000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
cvs vitamin b12 oral tablet 1000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs vitamin b-12 oral tablet extended release 2000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500-10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cvs vitamin d3 oral capsule 250 mcg (10000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
cvs vitamin e oral capsule 180 mg (400 unit), 450 mg (1000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
cvs womens active daily oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs womens daily gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
cvs womens prenatal+dha oral 28-0.975 & 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
cyanocobalamin nasal solution 500 mcg/0.1ml	$0 (Nivel 1)	DP
d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
d-1000 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
d3 2000 oral capsule 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
d3 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
d3 baby drops oral liquid 10 mcg /0.025ml	$0 (Nivel 1)	DP
d3 extra strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
d3 high potency oral capsule 125 mcg (5000 ut), 25 mcg, 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
d3 high potency oral tablet 10 mcg (400 unit)	$0 (Nivel 1)	DP
d3 max st oral capsule 250 mcg (10000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
d3 oral capsule 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
d3 oral tablet 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
d3-1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
d3-1000 oral tablet 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
d-3-5 oral capsule 125 mcg (5000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
D3-50 ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	$0 (Nivel 1)	DP
d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)	$0 (Nivel 1)	DP
d-5000 oral tablet 125 mcg (5000 ut)	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
daily betic oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
daily combo multi vitamins oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
daily multiple vitamins oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
daily multiple vitamins/min oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
daily multivitamin oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
daily value multivitamin oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
daily vitamin/iron oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
daily vitamins oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
daily vite multivitamin/iron oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
daily vite oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
daily vites oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
daily vites/iron oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
daily-vite multivitamin oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
daily-vite oral tablet	$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
dekas bariatric oral tablet chewable	$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
delta d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)	$0 (Nivel 1)	DP
DEPLIN MA ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
DERMAVITE ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
destress-iron oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
diabetes health formula oral tablet	$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
dialyvite 800/ultra d oral tablet	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DIALYVITE/ZINC 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
d-vite pediatric oral liquid 10 mcg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
e 1000 oral capsule 450 mg (1000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
e200 oral capsule 90 mg (200 unit)	$0 (Nivel 1)	DP
e-200 oral capsule 90 mg (200 unit)	$0 (Nivel 1)	DP
e400 oral capsule 180 mg (400 unit)	$0 (Nivel 1)	DP
e-400 oral capsule 180 mg (400 unit), 268 mg (400 unit)	$0 (Nivel 1)	DP
e-400-clear oral capsule 268 mg (400 unit)	$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
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
emergen-c immune+ oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
EMERGEN-C KIDZ DAILY IMMUNE ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 1)	DP
emergen-c kidz immune+ oral tablet chewable	$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
energy b12 oral tablet chewable 500 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ENFAMIL EXPECTA ORAL 28-0.8 & 200 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENFAMIL POLY-VI-SOL-IRON ORAL SOLUTION 11 MG/ML	$0 (Nivel 1)	DP
eq complete multivit adult 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
eq complete multivitamin child oral tablet chewable 18 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eq complete multivitamin-adult oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
eq d3 drops infants/childrens oral liquid 10 mcg /0.025ml	$0 (Nivel 1)	DP
eq multivitamin gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
eq multivitamins adult gummy oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
eq multivitamins gummy child oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
eq one daily mens 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
eq one daily mens health oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
EQ ONE DAILY WOMENS 50+ ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
eq one daily womens health oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
eq vision formula 50+ oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
eql b complex 50 oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
eql b-12 oral tablet 1000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
eql b-6 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql biotin oral capsule 5000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
eql century mature adults 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
eql century mature men 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
eql century mature oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
eql century mature women 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
eql century mens oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
eql century oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
eql century womens oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
eql child multivit/minerals oral tablet chewable 18 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql gummies childrens oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
eql one daily adult gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
eql one daily mens 50+ advance oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
eql one daily mens health oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
eql one daily mens oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
eql one daily womens 50+ adv oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
eql prenatal formula oral tablet 28-0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql super b complex/vitamin c oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
eql vision formula oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
eql vitamin b-12 oral tablet 500 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
eql vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
eql vitamin c drops mouth/throat lozenge 53 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql vitamin c gummies oral tablet chewable 125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
eql vitamin d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
eql vitamin e oral capsule 400 unit	$0 (Nivel 1)	DP
ergocalciferol oral capsule 1.25 mg (50000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
ergocalciferol oral solution 10 mcg/0.05ml, 200 mcg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
ESSENTIA ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
essential balance oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ESTER-C ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
ESTROFACTORS ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
eye health + lutein oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
eye health areds 2 oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
eye health oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
eye multivitamin/sodium oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
EYE VITAMINS ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
EYE-VITES ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
fa-vitamin b-6-vitamin b-12 oral tablet 2.2-25-0.5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
FEMQUIL ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
FINAZOL ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
FINEST NUTRITION VITAMIN B-12 ORAL TABLET 500 MCG	$0 (Nivel 1)	DP
finest nutrition vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FLINTSTONES-IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 1)	DP
FLORIVA PLUS ORAL SUSPENSION 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
folate oral tablet 400 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
folatexcel oral tablet 20-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
folawise oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
folbee oral tablet 2.5-25-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
folbee plus oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
FOLBIC ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	$0 (Nivel 1)	DP
folic acid injection solution 5 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg, 800 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
folplex 2.2 oral tablet 2.2-25-0.5 mg	$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
freedavite oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
fruit c 500 oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
fruit c oral tablet chewable 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
fruity c oral tablet chewable 250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
fruity chews oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
fruity chews/iron oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
ft adult multi gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
ft b-complex plus vitamin c oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ft biotin oral capsule 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft biotin oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft century 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ft century adults oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ft century men 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ft century men oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ft century women 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ft century women oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ft childrens multi oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
ft childrens multi plus immune oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
ft eye health oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
ft eye health oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ft folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ft hair skin & nails extra str 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ft immune support oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
ft one daily mens 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ft one daily mens oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ft one daily womens 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ft one daily womens oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ft prenatal oral tablet 28-0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft vitamin a oral capsule 3000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ft vitamin b-1 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft vitamin b-12 extra strength oral tablet chewable 1500 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ft vitamin b-12 oral tablet 500 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ft vitamin b-12 pr oral tablet extended release 1000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ft vitamin b-12 sublingual tablet sublingual 2500 mcg, 5000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ft vitamin b-6 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft vitamin c oral tablet 1000 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft vitamin c oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ft vitamin d3 oral capsule 25 mcg, 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
ft vitamin d3 oral tablet 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ft vitamin d3 rapid release oral capsule 125 mcg (5000 ut), 250 mcg (10000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
ft vitamin e oral capsule 180 mg	$0 (Nivel 1)	DP
full spectrum b/vitamin c oral tablet 0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
genadek step 1 oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
genadek step 2 oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
geri-freeda senior formula oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
GERITOL COMPLETE ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
gerivite complete oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
GLYCOTROL COMPLETE ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
GLYCOTROL ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
gnp adult mini oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
gnp b-12 oral tablet dispersible 2500 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp biotin oral capsule 5000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp biotin oral tablet 10000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp century adult formula oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
gnp century adult oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
gnp century adults men 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
gnp century adults women oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
gnp century mature adults 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
gnp century mature men's 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
gnp century mature women's 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
gnp childrens chewables/ex c oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
gnp childrens chewables/iron oral tablet chewable 15 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp childrens/extra c oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
gnp d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
gnp d3 oral capsule 125 mcg (5000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
gnp d3 oral tablet 250 mcg (10000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
gnp essential one daily oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
gnp folic acid oral tablet 400 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp hair/skin/nails oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
gnp healthy eyes oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
gnp healthy eyes supervision 2 oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
gnp immune support oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
gnp little ones childrens oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
gnp mega multi for men oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
gnp mega multi for women oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
gnp multi childrens oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
gnp one daily maximum oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
gnp one daily mens health 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
gnp one daily mens/lycopene oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
gnp one daily womens 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
gnp one daily womens oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
gnp prenatal oral tablet 28-0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp prenatal/folic acid oral tablet 28-0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp therapeutic-m oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
gnp vitamin a oral capsule 3000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp vitamin b-1 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp vitamin b-12 oral tablet 500 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp vitamin b-12 oral tablet extended release 1000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp vitamin b-6 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp vitamin c oral tablet chewable 125 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp vitamin c oral tablet extended release 500 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
gnp vitamin c w/rose hips oral tablet 500-37 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg	$0 (Nivel 1)	DP
gnp vitamin d maximum strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
gnp vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
gnp vitamin d super strength oral tablet 125 mcg (5000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
gnp vitamin d3 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
gnp vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)	$0 (Nivel 1)	DP
gnp vitamin d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)	$0 (Nivel 1)	DP
gnp vitamin e oral capsule 180 mg (400 unit), 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)	$0 (Nivel 1)	DP
gnp vitamin health b12 oral tablet chewable 1500 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
growing bones & muscles kids oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/MIN ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 1)	DP
hair skin & nails advanced oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
hair skin & nails oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
hair skin and nails formula oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
hair skin nails oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
hair/skin/nails oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
hair/skin/nails oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
HARD NAILS ORAL CAPSULE 2.5 MG	$0 (Nivel 1)	DP
head care proactive health oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
healthy eyes oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
healthy eyes supervision 2 oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
healthy eyes/lutein-zeaxanthin oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
healthy hair/skin/nails oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
heart savior oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
hi c-500 oral tablet 500-100-50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
high potency e oral capsule 450 mg (1000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
high potency multivit/fa oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
hi-kovite 2-part formula oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
HONEY BEARS W/IRON-ZINC ORAL TABLET CHEWABLE 30-200-3	$0 (Nivel 1)	DP
hydroxocobalamin acetate intramuscular solution 1000 mcg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
ICAPS AREDS FORMULA ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
immune support oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
IMMUNERX ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
immunicare oral capsule	$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
inulose blood sugar support oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
IS-D 10,000 ORAL CAPSULE 250 MCG (10000 UT)	$0 (Nivel 1)	DP
i-vite oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
joint health & bone strength oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
just 4 kidz multivit/probiotic oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
k 100 oral tablet 100 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
kls d3 oral capsule 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
kobee oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
kosher prenatal plus iron oral tablet 30-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
kp adults 50+ daily formula oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
kp adults daily formula oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
kp b complex-c oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
kp folic acid oral tablet 1 mg, 800 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
kp mens 50+ daily formula oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
kp mens daily formula oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
kp niacin oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
kp prenatal multivitamins oral tablet 28-0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
KP VISION FORMULA ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
KP VISION FORMULA/LUTEIN ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
kp vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
kp vitamin b-6 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
kp vitamin d oral capsule 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
kp vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
kp vitamin e oral capsule 45 mg (100 unit)	$0 (Nivel 1)	DP
kp womens 50+ daily formula oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
kp womens daily formula 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL ST ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
kpn prenatal oral tablet 0.1 mg	$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
lipotriad vision support plus oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
LIPOTRIAD VISIONARY ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
liquid c oral liquid 500 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
little animals oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
liver detox oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
LIVITA ADULTS ORAL LIQUID	$0 (Nivel 1)	DP
l-methylfolate calcium oral tablet 15 mg, 7.5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
l-methylfolate oral tablet 15 mg, 7.5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
l-methyl-mc oral tablet 6-1-50-5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
lutein-zeaxanthin oral tablet	$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
masonatal oral tablet 28-0.8 mg	$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
maximum daily green oral tablet	$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
medi tab oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
mega biotin oral capsule 10 mg	$0 (Nivel 1)	DP
mega multi for women oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
MEGA MULTI MEN ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
megavite fruits & veggies oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
meijer advanced formula oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
meijer c oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
MEMORALL ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
mens 50+ advanced 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
mens 50+ multivitamin oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
MENS LIFE PACK ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
mens multi health formula oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
mens multivitamin gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
mens multivitamin oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
mens multivitamin oral tablet chewable	$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
mincora oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
mi-vite rx oral tablet 1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
mm biotin/keratin oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
m-natal plus tablet 27-1 mg oral	$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
multi + omega-3 adult gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
multi + omega-3 gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
multi adult gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
MULTI COMPLETE ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
multi complete/iron oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multi for her 50+ oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
multi for her 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multi for her oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
multi for her oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multi for him 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
MULTI FOR HIM ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
MULTI FOR HIM ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
multi prenatal oral tablet 27-0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
multi vitamin oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multi vitamin w/d-3 oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multi vitamin/minerals oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
MULTIA ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
multiple vit/minerals/no iron 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
multiple vitamin-folic acid oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multiple vitamins essential oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multiple vitamins oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multiple vitamins/iron oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multiple vitamins/womens oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multiple vitamins-iron oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multiple vitamins-iron oral tablet chewable 15 mg	$0 (Nivel 1)	DP
multiple vitamins-minerals oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
multi-vit/iron/fluoride oral solution 0.25-10 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
multivit/multimineral adult oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin adult (minerals) oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin adult oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin adults 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin adults oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin childrens (w/ fa) oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin childrens gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin childrens oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin drops/iron oral solution 11 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin gummies adult oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin gummies mens oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
multi-vitamin gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin gummies womens oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin infant & toddler oral solution , 11 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin iron-free oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin men 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin men oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multi-vitamin monocaps oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multi-vitamin oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin plus iron adult oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin w/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin women 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin women oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin womens 50+ adv oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin/fluoride oral suspension 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
multi-vitamin/fluoride oral suspension 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
multivitamin/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
multi-vitamin/fluoride/iron oral solution 0.25-10 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
multi-vitamin/iron oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multi-vitamin/minerals oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin/zinc stress oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamin-minerals oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multi-vitamins oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
multivitamins plus iron child oral tablet chewable 18 mg	$0 (Nivel 1)	DP
multi-vite oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
MULTI-VIT-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	$0 (Nivel 1)	DP
multivit-min gummies childrens oral tablet chewable	$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
mvw hi-d adek gummies oral tablet chewable	$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
myamulti oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
MYNEPHRON ORAL CAPSULE 1 MG	$0 (Nivel 1)	DP
NASCOBAL NASAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML	$0 (Nivel 1)	DP
natal pnv oral tablet 6-0.5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
nat-rul daily-vite+iron oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
nat-rul theravite-m 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
nat-rul vitamin d oral tablet 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
natrul-vites oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
natural c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
natural vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
natural vitamin d-3 oral tablet 125 mcg (5000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
natural vitamin e oral capsule 670 mg (1000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
neomaterna oral tablet 20-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
NEOMULTIVITE ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
neonatal complete oral tablet 27-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
NEONATAL PLUS ORAL TABLET 27-1 MG	$0 (Nivel 1)	DP
neonatal prenatal oral tablet 27-0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
NEONATAL VITAMIN ORAL TABLET 27-0.8 MG	$0 (Nivel 1)	DP
neo-vital rx oral tablet 1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
NEPHPLEX RX ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
nephro vitamins oral tablet 0.8 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
niacin er oral capsule extended release 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
niacin er oral tablet extended release 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	$0 (Nivel 1)	DP
niacin flush free oral capsule 590 mg	$0 (Nivel 1)	DP
niacin oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
niacin oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
niacinamide oral tablet 100 mg, 500 mg	$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
NICOMIDE ORAL TABLET 750-27-2-0.5 MG	$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
no iron mult vitamin-minerals oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
norwegian cod liver oil oral capsule	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
ocular vitamins oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ocutabs oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ocutabs-lutein oral tablet	$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
omnicap oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
once daily oral tablet	$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 PRENATAL ORAL CAPSULE 27-0.8-200 MG	$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
one daily 50 plus oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily calcium/iron oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily complete for men oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily complete oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
one daily essentials oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily for men 50+ advanced oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily for men/lycopene oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily for women 50+ adv oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily for women oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily healthy weight adv oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily healthy weight 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
one daily maximum oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily men formula w/o iron oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily mens 50+ multivit oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily mens 50+/lycopene oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily mens health oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily mens oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily multivit/iron-free oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily multivitamin adult oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily multivitamin men oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily multivitamin women oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily multivitamin/iron oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily womens 50 plus oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily womens 50+ oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily womens oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one daily/minerals oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
one vite womens oral tablet 27-0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
one vite womens plus oral tablet 27-1 mg	$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
ONE-A-DAY WOMENS PETITES ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 1)	DP
one-daily multi caps 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
one-daily multi vitamins oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one-daily multi-vit/mineral oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one-daily multi-vitamin oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one-daily multi-vitamin/iron oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
one-daily/iron oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
optic-vites oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
optic-vites with lutein oral tablet	$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
optimum airvites oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
optimum pms oral tablet	$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
pan-c 500/bioflavonoids oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
parvlex oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
pc pediatric poly-vita/fe drop oral solution 10 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
pc pediatric poly-vitamin drop oral solution	$0 (Nivel 1)	DP
pc pediatric tri-vitamin drops oral solution 750-400-35 unit-mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
PERIDIN-C ORAL TABLET 200-50-150 MG	$0 (Nivel 1)	DP
pharmacist choice d-vitamin oral liquid 400 unit/ml	$0 (Nivel 1)	DP
PHYTOMULTI ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
phytonadione oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 1)	DP
pnv 27-ca/fe/fa oral tablet 60-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
pnv prenatal plus multivitamin oral tablet 27-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
pnv tabs 20-1 oral tablet 20-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
pnv-select oral tablet 27-0.6-0.4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
POLY-VI-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
POLY-VI-SOL ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 1)	DP
POLY-VI-SOL/IRON ORAL SOLUTION 11 MG/ML	$0 (Nivel 1)	DP
poly-vita oral solution	$0 (Nivel 1)	DP
poly-vita/iron oral solution 10 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
poly-vite pediatric oral solution	$0 (Nivel 1)	DP
poly-vite/iron oral solution 11 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
pregenna oral tablet 20-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
PREMESISRX ORAL TABLET 1 MG	$0 (Nivel 1)	DP
PRENATABS RX ORAL TABLET 29-1 MG	$0 (Nivel 1)	DP
prenatal (w/iron & fa) oral tablet 27-0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
prenatal 19 oral tablet , 29-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
prenatal complete oral tablet 14-0.4 mg	$0 (Nivel 1)	DP
prenatal formula a-free oral tablet 9-0.267 mg	$0 (Nivel 1)	DP
prenatal formula oral capsule 28-0.8-235 mg	$0 (Nivel 1)	DP
prenatal forte oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
prenatal multi +dha oral capsule 27-0.8-228 mg, 27-0.8-250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA ORAL 28-0.8 & 200 MG	$0 (Nivel 1)	DP
prenatal multivitamin plus dha oral capsule 27-0.8-250 mg	$0 (Nivel 1)	DP
prenatal one daily oral tablet 27-0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
prenatal oral tablet 27-0.8 mg, 28-0.8 mg, 6.75-0.2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
prenatal plus oral tablet 27-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
prenatal plus vitamin/mineral oral tablet 27-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
prenatal tablet 27-1 mg oral	$0 (Nivel 1)	DP
prenatal vitamin and mineral oral tablet 28-0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
prenatal vitamins oral tablet 27-0.8 mg, 28-0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
prenatal/iron oral tablet , 28-0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
prenatal+dha oral 28-0.975 & 200 mg	$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
PRENATOL-M ORAL TABLET 27-1.2 MG	$0 (Nivel 1)	DP
prescription support multivit oral capsule	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRESERVISION AREDS ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
PRESERVISION/LUTEIN ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
prevent oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
prev-rx oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
pro hers rx oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
pro his rx oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
pro pcos rx oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
probiotics + bariatric multi oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
PRO-CAL ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
PROCERV HP ORAL TABLET	$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
pyridoxine hcl injection solution 100 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
pyridoxine hcl oral tablet 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc b12 sublingual tablet sublingual 2500 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
qc biotin oral tablet 800 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
qc childrens complete oral tablet chewable 18 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc childrens vitamins/extra c oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
qc childrens vitamins/iron oral tablet chewable 15 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc cod liver oil oral capsule 1250-135 unit	$0 (Nivel 1)	DP
qc daily multivit/multimineral oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
qc daily multivitamins/iron oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
qc essentials oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
qc folic acid oral tablet 800 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
qc hair skin & nails oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
qc mens daily multivitamin oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
qc multi-vite 50 & over oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
qc multi-vite oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
qc niacin oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
QC OCUHEALTH VISION SUPPORT 2 ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
qc prenatal oral tablet 28-0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc therin-m oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
qc vitamin b1 oral tablet 100 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
qc vitamin b12 oral tablet 500 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
qc vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
qc vitamin b6 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc vitamin c oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc vitamin c with rose hips oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
qc vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
qc vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
qc vitamin e oral capsule 180 mg (400 unit)	$0 (Nivel 1)	DP
qc womens daily multivitamin oral tablet	$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 SUSPENSION 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
quin b strong b-25 oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
quin b strong oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
quintabs oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
quintabs-m oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ra balanced b-100 oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ra balanced b-50 oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ra b-complex oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ra b-complex with b-12 oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ra biotin oral capsule 2500 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ra biotin oral tablet 1000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ra central-vite mens mature oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
RA CENTRAL-VITE ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
ra central-vite womens mature oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ra folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ra natural vitamin e oral capsule 268 mg (400 unit)	$0 (Nivel 1)	DP
ra niacin oral tablet 100 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra no flush niacin oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra one daily maximum oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ra one daily mens 50+ w/vit d3 oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ra one daily mens multi oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ra one daily mens/vit d-3 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ra prenatal formula oral tablet 28-0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra prenatal oral tablet 28-0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
ra vitamin b-1 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra vitamin b-12 oral tablet 100 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ra vitamin b12 oral tablet extended release 2000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ra vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
ra vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra vitamin c drops mouth/throat lozenge 53 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra vitamin c oral tablet 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra vitamin c oral tablet chewable 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra vitamin c/acerola oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ra vitamin d-3 oral capsule 125 mcg (5000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
ra vitamin d-3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
ra vitamin e natural oral capsule 670 mg (1000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
ra vitamin e oral capsule 134 mg (200 unit), 268 mg (400 unit)	$0 (Nivel 1)	DP
ra vitamins complete childrens oral tablet chewable 18 mg	$0 (Nivel 1)	DP
RADIANCE PLATINUM VITAMIN D3 ORAL TABLET 125 MCG (5000 UT)	$0 (Nivel 1)	DP
relcare oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
RENAL ORAL CAPSULE 1 MG	$0 (Nivel 1)	DP
renal vitamin oral tablet 0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
RENAPLEX ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
RENAPLEX-D ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
rena-vite oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
rena-vite rx oral tablet 1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
reno caps oral capsule 1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
RETAINE VISION ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
right step prenatal oral tablet 27-0.8 mg	$0 (Nivel 1)	DP
sb vitamin c oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
se-natal 19 oral tablet 29-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
senior tabs oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
sentry oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
sentry senior mens 50+ 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
sentry senior oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
sentry senior/lutein oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
skin hair & nails advanced oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
SLO-NIACIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG, 500 MG, 750 MG	$0 (Nivel 1)	DP
sm vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
SMARTY PANTS KIDS COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 1)	DP
solo oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
SOLUVITA ACD WITH FLUORIDE ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML	$0 (Nivel 1)	DP
SOLUVITA WITH FLUORIDE ORAL SUSPENSION 0.25 MG/ML, 0.5 MG/ML	$0 (Nivel 1)	DP
span c oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
SPECTRAVITE ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
SPONGEBOB SQUAREPANTS GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 1)	DP
stress b complex/antioxid/zinc oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
stress b complex/iron oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
stress formula (folic acid) oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
stress formula oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
stress formula/iron oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
stress formula/zinc/energy oral tablet	$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
super antioxidant oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
super antioxidants protector oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
super aytinal 50 plus oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
super aytinal oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
super b complex/fa/vit c oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
super b complex/vitamin c oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
super b-complex + vitamin c oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
super b-complex oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
super b-complex/vit c/fa oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
super biotin oral capsule 5000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
super biotin oral tablet 5000 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
super daily d3 oral liquid 25 mcg /0.028ml, 50 mcg /0.028ml	$0 (Nivel 1)	DP
SUPER DEC B-100 ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
super d-zinc-selenium-copper oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
SUPER QUINTS B-50 ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
super thera vite m oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
super vita-mins oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
superior mens multi oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
superior womens multi oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
support oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
SUPPORT-500 ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
sv b12 extra strength sublingual tablet sublingual 5000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
sv b12 oral tablet dispersible 5000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
sv b12 sublingual tablet sublingual 500 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
sv vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
sv vitamin d3 oral capsule 25 mcg, 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
synertropin oral capsule	$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
THERA ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
thera vital m oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
thera vital-m oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
therabasic-m oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
thera-m plus mv w/beta-carot oral tablet	$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
therapeutic formula/hematinics oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
therapeutic-m oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
thera-tabs m oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
thera-tabs oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
THERATRUM COMPLETE 50 PLUS ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
THERATRUM COMPLETE ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
thera-vite max-m oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
THEREMS ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
thiamine hcl injection solution 100 mg/ml, 200 mg/2ml	$0 (Nivel 1)	DP
thiamine hcl oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
thiamine mononitrate oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
THRIVE FOR LIFE WOMENS ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
thrivite rx oral tablet 29-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
tm-daily vite oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
tm-vite rx oral tablet 1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
toco-sorb oral capsule 13 mg (19 unit)	$0 (Nivel 1)	DP
TRI SUPER FLAVONS ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
trinatal rx 1 oral tablet 60-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
TRINATE ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
triphrocaps oral capsule 1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
TRI-VI-SOL A/C/D ORAL SOLUTION 250-50-10	$0 (Nivel 1)	DP
tri-vite pediatric oral solution 750-400-35 unit-mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
tri-vite/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
tropical liquid nutrition oral liquid	$0 (Nivel 1)	DP
true daily vite oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
true folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
true vitamin a oral capsule 10000 unit, 8000 unit	$0 (Nivel 1)	DP
true vitamin b1 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
true vitamin b12 oral tablet 1000 mcg, 500 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
true vitamin b3 oral tablet 250 mg, 50 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
true vitamin b6 oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
true vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	$0 (Nivel 1)	DP
true vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
true vitamin e oral capsule 180 mg, 450 mg, 90 mg	$0 (Nivel 1)	DP
t-vites oral tablet	$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
ultra freeda oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ultra freeda/iron oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
ultra multi formula/iron oral capsule	$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
vasoflex hd oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
VASOFLEX ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
v-c forte oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
VIC-FORTE ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
vision formula 2 oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
vision formula/lutein oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
vision health oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
VISION OPTIMIZER ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 1)	DP
vision plus oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
vision vitamins oral tablet	$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
vit e-vit c-beta carotene oral tablet 200-250-5000	$0 (Nivel 1)	DP
vita c/bioflavonoids/rose hips oral tablet 1000-30-18 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vita hair oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
VITA S FORTE ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
vitabasic complete oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
vitabasic senior 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
vitabex oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
vitabex plus oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
VITACEL ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
vitachew adult multi vitamin oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
vitachew multiple vitamin oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
vitachew vit c citrus burst oral tablet chewable 125 mg	$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
vitalara oral tablet 20-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
VITAL-D RX ORAL TABLET 1 MG	$0 (Nivel 1)	DP
vitalee oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
VITALETS CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 1)	DP
VITAMIN A FISH ORAL CAPSULE 2250 MCG (7500 UT)	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin a oral capsule 2400 mcg (8000 ut), 3 mg, 3 mg (10000 ut), 7.5 mg (25000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin a/c/d/ infant/toddler oral solution 250-10-50 mcg-mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin a-c-d infant oral solution 250-10-50 mcg-mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin b 12 oral tablet 500 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin b complex oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin b complex oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin b complex w/b-12 oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin b1 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin b-1 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg, 1500 mcg, 2000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 250 mcg, 50 mcg, 500 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin b12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 500 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin b-12 oral tablet dispersible 5000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin b-12 sublingual tablet sublingual 1000 mcg, 2500 mcg, 3000 mcg, 5000 mcg, 6000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin b12 tr oral tablet extended release 2000 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
vitamin b12-folic acid oral tablet 500-400 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin b-6 er oral tablet extended release 200 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin b6 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin c adult gummies oral tablet chewable 125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin c er oral capsule extended release 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin c er oral tablet extended release 1500 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin c gummie oral tablet chewable 120 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin c gummies oral tablet chewable 125 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin c immune health oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin c oral liquid 500 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin c oral tablet 100 mg, 1000 mg, 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin c oral tablet chewable 100 mg, 125 mg, 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin c plus wild rose hips oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin c/bioflavonoids/rosehp oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin c/natural rose hips oral tablet 1000 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin c/rose hips tr oral tablet extended release 1000 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin c-acerola oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin c-rose hips er oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin c-rose hips oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin c-rose hips tr oral tablet extended release 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin d (cholecalciferol) oral tablet 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50 mcg (2000 ut), 50000 unit	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin d high potency oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin d infant oral liquid 10 mcg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin d oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 125 mcg, 50 mcg (2000 ut)	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
vitamin d oral liquid 10 mcg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut), 400 unit, 50 mcg (2000 ut)	$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
vitamin d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
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	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin d-3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin d3 oral liquid 10 mcg/ml, 125 mcg/0.5ml, 125 mcg/ml, 30 mcg/15ml, 5000 unit/ml	$0 (Nivel 1)	DP
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)	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin d3 super strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin d3 ultra strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin e blend oral capsule 400 unit	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin e high potency oral capsule 180 mg (400 unit), 90 mg	$0 (Nivel 1)	DP
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)	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin e water soluble oral capsule 180 mg (400 unit), 450 mg (1000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin e/d-alpha natural oral capsule 268 mg (400 unit)	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin e/d-alpha oral capsule 134 mg (200 unit)	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin k (phytonadione) oral tablet 100 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin k1 injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
vita-min oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
vitamin-b complex oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
vitamins acd-fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml	$0 (Nivel 1)	DP
vitamins a-d-e/selenium 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
vitamins for hair oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
VITAROCA PLUS ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
VITASANA ORAL TABLET	$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
WAL-BORN VITAMIN C ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 1)	DP
WEEKLY-D ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	$0 (Nivel 1)	DP
well vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
well vitamin d3 oral capsule 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 1)	DP
wescaps oral capsule 1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
westab max oral tablet 2.5-25-2 mg	$0 (Nivel 1)	DP
westab one oral tablet 2.5-25-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
womens 50+ advanced oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
womens 50+ multi vitamin oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
womens daily formula oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
WOMENS LIFE PACK ORAL TABLET	$0 (Nivel 1)	DP
womens multi gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
womens multi oral capsule	$0 (Nivel 1)	DP
womens multivitamin + collagen oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
womens multivitamin gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 1)	DP
womens multivitamin oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
xcellent a 3000 oral capsule 3000 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
xcellent a 7500 oral capsule 7.5 mg (25000 ut)	$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
yl balanced b-100 oral tablet	$0 (Nivel 1)	DP
yl folic acid oral tablet 400 mcg	$0 (Nivel 1)	DP
yl vitamin b-6 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	DP
yl vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	DP
yl vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
zalvit oral tablet 13-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ziphex oral tablet 13-1 mg	$0 (Nivel 1)	DP
ZOO FRIENDS MULTI GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 1)	DP
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
cevimeline hcl oral capsule 30 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %	$0 (Nivel 1)	
clotrimazole mouth/throat troche 10 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 150 pastillas cada 30 días
cvs dry mouth mouth/throat solution	$0 (Nivel 1)	DP
cvs oral anesthetic max str mouth/throat gel 20 %	$0 (Nivel 1)	DP
DENTA 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
dentagel dental gel 1.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
eql dry mouth oral rinse mouth/throat solution	$0 (Nivel 1)	DP
FLUORIDEX DAILY RENEWAL MOUTH/THROAT CONCENTRATE 0.63 %	$0 (Nivel 1)	DP
fraiche 5000 dental dental gel 1.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense oral pain relief mouth/throat gel 20 %	$0 (Nivel 1)	DP
HURRICAINE MOUTH/THROAT GEL 20 %	$0 (Nivel 1)	DP
instant oral pain relief max mouth/throat gel 20 %	$0 (Nivel 1)	DP
intense toothache pain relief mouth/throat gel 20 %	$0 (Nivel 1)	DP
KOURZEQ MOUTH/THROAT PASTE 0.1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %	$0 (Nivel 2)	
LOLLICAINE MOUTH/THROAT GEL 20 %	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml	$0 (Nivel 2)	
oral analgesic max st mouth/throat gel 20 %	$0 (Nivel 1)	DP
oral relief spray mouth/throat solution	$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
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	$0-$12.65 (Nivel 3)	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH DENTAL GEL 1.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
PREVIDENT 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
PREVIDENT DENTAL GEL 1.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
qc oral pain relieving mouth/throat gel 20 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra dry mouth mouth/throat solution	$0 (Nivel 1)	DP
sf 5000 plus dental cream 1.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
sf dental gel 1.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
sodium fluoride 5000 plus dental cream 1.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
sodium fluoride 5000 ppm dental cream 1.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
sodium fluoride 5000 ppm dental gel 1.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
sodium fluoride dental cream 1.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
sodium fluoride dental gel 1.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %	$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
adapalene external gel 0.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
adapalene treatment external gel 0.1 %	$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
benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %	$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
clindamycin phos (once-daily) external gel 1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 75 ml cada 30 días
clindamycin phos (twice-daily) external gel 1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 45 g cada 30 días
clindamycin phosphate external lotion 1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 ml cada 30 días
clindamycin phosphate external solution 1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 ml cada 30 días
cvs adapalene external gel 0.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ery external pad 2 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 compresas cada 30 días
erythromycin external gel 2 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
erythromycin external solution 2 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 ml cada 30 días
gnp adapalene external gel 0.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA
NEUAC EXTERNAL GEL 1.2-5 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 45 g cada 30 días
sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 118 ml cada 30 días
tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 45 g cada 30 días
tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 45 g cada 30 días
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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
eql bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	$0 (Nivel 1)	DP
eql 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
gnp bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	$0 (Nivel 1)	DP
gnp triple antibiotic external ointment	$0 (Nivel 1)	DP
gnp triple antibiotic plus external ointment 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense first aid antibiotic external ointment	$0 (Nivel 1)	DP
LANABIOTIC EXTERNAL OINTMENT 5-500-10000	$0 (Nivel 1)	DP
medi-first triple antibiotic external ointment 5-400-5000 mg-unit	$0 (Nivel 1)	DP
meijer triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000	$0 (Nivel 1)	DP
mupirocin external ointment 2 %	$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
poly bacitracin external ointment 500-10000 unit/gm	$0 (Nivel 1)	DP
POLYSPORIN EXTERNAL OINTMENT 500-10000 UNIT/GM	$0 (Nivel 1)	DP
qc bacitracin external ointment 500 unit/gm	$0 (Nivel 1)	DP
qc bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	$0 (Nivel 1)	DP
qc triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000	$0 (Nivel 1)	DP
qc triple antibiotic max st external ointment 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
qc triple antibiotic multi-act external ointment 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
qc triple antibiotic pain rlf external ointment 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra antibiotic + pain relief external ointment 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra antibiotic/pain relief external ointment 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra bacitracin external ointment 500 unit/gm	$0 (Nivel 1)	DP
ra bacitracin zinc first aid external ointment 500 unit/gm	$0 (Nivel 1)	DP
ra double antibiotic external ointment 500-10000 unit/gm	$0 (Nivel 1)	DP
ra triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000	$0 (Nivel 1)	DP
sb bacitracin external ointment 500 unit/gm	$0 (Nivel 1)	DP
sb triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000	$0 (Nivel 1)	DP
silver sulfadiazine external cream 1 %	$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
triple antibiotic external ointment , 3.5-400-5000 , 3.5-400-5000 mg-unit, 5-400-5000 , 5-400-5000 mg-unit	$0 (Nivel 1)	DP
triple antibiotic pain relief external ointment 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
triple antibiotic plus external ointment 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
triple antibiotic plus max st external ointment 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
wal-sporin external ointment 500-100000 unit/gm	$0 (Nivel 1)	DP
Dermatología, Anticuerpos		
ALOE VESTA ANTIFUNGAL EXTERNAL OINTMENT 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
antifungal (clotrimazole) external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
antifungal (tolnaftate) external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
antifungal external cream 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
antifungal external powder 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
athletes foot (clotrimazole) external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
athletes foot (terbinafine) external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
athletes foot external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
athletes foot external powder 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
athletes foot external solution 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
athletes foot powder spray external aerosol powder 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
AZOLEN ANTI-FUNGAL WASH EXTERNAL SOLUTION 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
AZOLEN TINCTURE EXTERNAL SOLUTION 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
baza antifungal external cream 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
butenafine hcl external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
castellani paint external liquid 1.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
castellani paint modified external liquid 1.5 %	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ciclopirox external shampoo 1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 ml cada 30 días
ciclopirox olamine external cream 0.77 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 90 g cada 30 días
ciclopirox olamine external suspension 0.77 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 ml cada 30 días
clotrimazole af external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
clotrimazole anti-fungal external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
clotrimazole athletes foot external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
clotrimazole cream 1 % external (otc)	$0 (Nivel 1)	DP
clotrimazole cream 1 % external (rx)	$0 (Nivel 1)	DP
clotrimazole cream 1 % external (rx)	$0 (Nivel 2)	QL; 45 g cada 30 días
clotrimazole solution 1 % external (otc)	$0 (Nivel 1)	DP
clotrimazole solution 1 % external (rx)	$0 (Nivel 1)	DP
clotrimazole solution 1 % external (rx)	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 ml cada 30 días
clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 45 g cada 30 días
CRITIC-AID CLEAR AF EXTERNAL OINTMENT 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs athletes foot (tolnaftate) external aerosol powder 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs athletes foot (tolnaftate) external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs athletes foot external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs butenafine hcl external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs clotrimazole external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs clotrimazole external solution 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs foot & sneaker external aerosol powder 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs itch relief external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs jock itch external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs ringworm external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
DESENEX EXTERNAL CREAM 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
DESENEX EXTERNAL POWDER 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
econazole nitrate external cream 1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 85 g cada 30 días
eq antifungal external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
eq athletes foot (terbinafine) external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
eq athletes foot (tolnaftate) external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
eq athletes foot external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
eq athletes foot ultra external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
eq jock itch external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
eql athletes foot external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
eql athletes foot(terbinafine) external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ft antifungal external cream 1 %, 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
ft athletes foot (clotrimaz) external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ft athletes foot (terbinafine) 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
fungi-guard external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
FUNGOID TINCTURE EXTERNAL SOLUTION 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp athletes foot external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp miconazorb af external powder 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp terbinafine hydrochloride external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp tolnaftate external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense athletes foot external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
jock itch external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
jock itch relief external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ketoconazole cream 2 % external	$0 (Nivel 1)	DP
ketoconazole cream 2 % external	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
ketoconazole external shampoo 2 %	$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
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
micaderm external cream 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
miconazole antifungal external cream 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
miconazole external powder 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
miconazole nitrate external cream 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
miconazole nitrate external solution 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
miconazorb af external powder 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
MICOTRIN AP EXTERNAL POWDER 2 %	$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
nystatin external cream 100000 unit/gm	$0 (Nivel 2)	QL; 30 g cada 30 días
nystatin external ointment 100000 unit/gm	$0 (Nivel 2)	QL; 30 g cada 30 días
nystatin external powder 100000 unit/gm	$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
odor control foot & sneaker external aerosol powder 1 %	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
pro-ex antifungal external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
qc antifungal (tolnaftate) external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
qc athletes foot external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
qc clotrimazole external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
qc tolnaftate external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra antifungal foot care external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra athletes foot external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra clotrimazole external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra foot care (terbinafine) external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra foot care (tolnaftate) external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra jock itch external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra jock itch max st external aerosol powder 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
sb anti-fungal external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
sb clotrimazole foot external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
SECURA ANTIFUNGAL EXTRA THICK EXTERNAL CREAM 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
selenium sulfide external lotion 2.5 %	$0 (Nivel 2)	
terbinafine hcl external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
TINACTIN EXTERNAL CREAM 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
TINEACIDE EXTERNAL CREAM 2 %	$0 (Nivel 1)	DP
tolnaftate antifungal external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
tolnaftate antifungal external powder 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
tolnaftate external aerosol powder 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
tolnaftate external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
tolnaftate external powder 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
tolnaftate powder	$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		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA
calcipotriene external cream 0.005 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 120 g cada 30 días
calcipotriene external ointment 0.005 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 120 g cada 30 días
calcipotriene external solution 0.005 %	$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
tazarotene external cream 0.05 %, 0.1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Dermatología, Corticosteroides		
ala-cort external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	
alclometasone dipropionate external cream 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %	$0 (Nivel 2)	QL; 120 g cada 30 días
betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 ml cada 30 días
betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
betamethasone dipropionate external cream 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 g cada 30 días
betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 ml cada 30 días
betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
betamethasone valerate external cream 0.1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 g cada 30 días
betamethasone valerate external lotion 0.1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 ml cada 30 días
betamethasone valerate external ointment 0.1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 g cada 30 días
clobetasol propionate e external cream 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
clobetasol propionate external cream 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
clobetasol propionate external gel 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
clobetasol propionate external ointment 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
clobetasol propionate external shampoo 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 236 ml cada 30 días
clobetasol propionate external solution 0.05 %	$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
fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 118,28 ml cada 30 días
fluocinolone acetonide external cream 0.01 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 g cada 30 días
fluocinolone acetonide external cream 0.025 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 g cada 30 días
fluocinolone acetonide external solution 0.01 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 ml cada 30 días
fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 118,28 ml cada 30 días
fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
fluocinonide external cream 0.05 %, 0.1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 g cada 30 días
fluocinonide external gel 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 g cada 30 días
fluocinonide external ointment 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 g cada 30 días
fluocinonide external solution 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 ml cada 30 días
fluticasone propionate external cream 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
fluticasone propionate external ointment 0.005 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
halobetasol propionate external cream 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 50 g cada 30 días
halobetasol propionate external ointment 0.05 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 50 g cada 30 días
hydrocortisone external cream 1 %	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
hydrocortisone external cream 2.5 %	$0 (Nivel 2)	
hydrocortisone external lotion 2.5 %	$0 (Nivel 2)	
hydrocortisone external ointment 1 %	$0 (Nivel 2)	QL; 30 g cada 30 días
hydrocortisone external ointment 2.5 %	$0 (Nivel 2)	
hydrocortisone valerate external cream 0.2 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
mometasone furoate external cream 0.1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
mometasone furoate external ointment 0.1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
mometasone furoate external solution 0.1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	$0 (Nivel 2)	QL; 454 g cada 30 días
triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	$0 (Nivel 2)	
TRIDERM EXTERNAL CREAM 0.5 %	$0 (Nivel 2)	QL; 454 g cada 30 días
Dermatología, Escabicidas Y Pediculicidas		
cvs lice killing external shampoo 0.33-4 %	$0 (Nivel 1)	DP
CVS LICE SOLUTION COMBINATION KIT	$0 (Nivel 1)	DP
eql lice killing max st external shampoo 0.33-4 %	$0 (Nivel 1)	DP
ft lice killing max st external shampoo 0.33-4 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp lice killing external shampoo 0.33-4 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp lice treatment external liquid 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense lice killing external liquid 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense lice killing max str external shampoo 0.33-4 %	$0 (Nivel 1)	DP
lice killing external shampoo 0.33-4 %	$0 (Nivel 1)	DP
lice killing shampoo max str external shampoo 0.33-4 %	$0 (Nivel 1)	DP
lice treatment external liquid 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
malathion external lotion 0.5 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 59 ml cada 30 días
NIX CREME RINSE EXTERNAL LIQUID 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
permethrin external cream 5 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
ra lice maximum strength external shampoo 0.33-4 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra lice solution combination kit 0.5-0.33-4 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra lice treatment external liquid 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
RID LICE KILLING SHAMPOO EXTERNAL SHAMPOO 0.33-4 %	$0 (Nivel 1)	DP
sb lice killing max st external shampoo 0.33-4 %	$0 (Nivel 1)	DP
sb lice treatment external liquid 1 %	$0 (Nivel 1)	DP
stop lice complete treatment combination kit 0.33-4-0.5 %	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Dermatología, Varios Para La Piel Y Membranas Mucosas		
AL12 EXTERNAL LOTION 12 %	$0 (Nivel 1)	DP
aluminum acetate external solution	$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
ammonium lactate cream 12 % external (otc)	$0 (Nivel 1)	DP
ammonium lactate cream 12 % external (rx)	$0 (Nivel 1)	DP
ammonium lactate cream 12 % external (rx)	$0 (Nivel 2)	
ammonium lactate lotion 12 % external (otc)	$0 (Nivel 1)	DP
ammonium lactate lotion 12 % external (rx)	$0 (Nivel 1)	DP
ammonium lactate lotion 12 % external (rx)	$0 (Nivel 2)	
anti-itch external cream 2-0.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
antiseptic skin cleanser external solution 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
AQUA GLYCOLIC FACE EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
AQUA-CERIN EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
arthritis pain relieving external cream 0.075 %	$0 (Nivel 1)	DP
ASPERCREME LIDOCAINE EXTERNAL PATCH 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
asperflex max st external patch 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
ASPERFLEX PAIN RELIEVING EXTERNAL PATCH 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
astringent external packet	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BENADRYL EXTRA STRENGTH EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
benzoin external tincture	$0 (Nivel 1)	DP
beta care external cream	$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
bexarotene external gel 1 %	$0-$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 g cada 30 días
BLUE-EMU PAIN RELIEF DRY EXTERNAL PATCH 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
boro-packs external packet 49-51 %	$0 (Nivel 1)	DP
calamine external lotion 8-8 %	$0 (Nivel 1)	DP
calamine-zinc oxide external lotion , 8-8 %	$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
capsaicin external cream 0.025 %, 0.035 %, 0.05 %, 0.075 %, 0.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
capsaicin hp external cream 0.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
capsaicin pain relief external cream 0.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
capsaid es arthritis relief external cream 0.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
CAPZASIN-HP EXTERNAL CREAM 0.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
CAPZASIN-P EXTERNAL CREAM 0.035 %	$0 (Nivel 1)	DP
capzix external cream 0.1 %	$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
chlorhexidine gluconate external solution 4 %	$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
cocoa butter skin external cream	$0 (Nivel 1)	DP
coconut oil beauty 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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
collagen external cream	$0 (Nivel 1)	DP
collagen premium skin external cream	$0 (Nivel 1)	DP
CUTEMOL EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
cvs antiseptic skin cleanser external solution 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs astringent solution external packet	$0 (Nivel 1)	DP
cvs capsaicin hp external cream 0.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs dry skin therapy external cream	$0 (Nivel 1)	DP
cvs hydrating skin treatment external lotion 12 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs itch relief extra strength external cream 2-0.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs lidocaine pain relief external patch 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs lidocaine pain-relieving external patch 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs moisturizing external cream	$0 (Nivel 1)	DP
cvs pain relief external patch 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs povidone-iodine external solution 10 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs skin treatment external lotion 12 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs zinc oxide external ointment 20 %	$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
dermaide aloe external cream 70 %	$0 (Nivel 1)	DP
derma-r external cream	$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
diclofenac sodium external solution 1.5 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 300 ml cada 28 días
diphenhydramine-zinc acetate external cream 2-0.1 %	$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
endit external ointment 20 %	$0 (Nivel 1)	DP
eq first aid antiseptic external solution 10 %	$0 (Nivel 1)	DP
eq lidocaine pain relieving external patch 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
eq povidone-iodine external solution 10 %	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
eq therapeutic dry skin external cream	$0 (Nivel 1)	DP
eq therapeutic moisturizing external cream	$0 (Nivel 1)	DP
eql moisturizing external cream	$0 (Nivel 1)	DP
eucerin advanced repair external cream	$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
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
first aid antiseptic external ointment 10 %	$0 (Nivel 1)	DP
fluorouracil external cream 5 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 40 g cada 30 días
fluorouracil external solution 2 %, 5 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 10 ml cada 30 días
formaldehyde external solution 10 %	$0 (Nivel 1)	DP
ft ammonium lactate external lotion 12 %	$0 (Nivel 1)	DP
ft anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ft antiseptic skin cleanser external solution 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
ft calamine external lotion 8-8 %	$0 (Nivel 1)	DP
ft pain relief max strength external patch 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
ft phenolated calamine external lotion	$0 (Nivel 1)	DP
ft povidone-iodine external solution 10 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp anti-itch external cream 2-0.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp antiseptic skin cleanser external solution 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp calamine external lotion 8-8 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp calamine phenolated external lotion	$0 (Nivel 1)	DP
gnp lidocaine pain relief external patch 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp povidone-iodine external solution 10 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp zinc oxide external ointment 20 %	$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

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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
hydrocortisone (perianal) external cream 1 %, 2.5 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	
imiquimod external cream 5 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 24 paquetes cada 30 días
itch relief extra strength external cream 2-0.1 %	$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
lidocaine external patch 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
lidocaine max st 24 hours external patch 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
lidocaine pain relief external patch 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
lidocaine pain relief max st external patch 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
lidocaine pain relieving external patch 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
lidocanna external patch 4 %	$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
lidocore external patch 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
LIDOGUARD EXTERNAL PATCH 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
lidotrode external patch 4 %	$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
meijer calamine external lotion	$0 (Nivel 1)	DP
meijer zinc oxide external ointment 20 %	$0 (Nivel 1)	DP
metronidazole external cream 0.75 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
metronidazole external gel 0.75 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 45 g cada 30 días
metronidazole external lotion 0.75 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	QL; 59 ml cada 30 días
moisture barrier external ointment 0.44-20.6 %	$0 (Nivel 1)	DP
moisturizing cream external cream	$0 (Nivel 1)	DP
NEUTROGENA HAND EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
NISEKO HYDRATING FACIAL EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
nitroglycerin rectal ointment 0.4 %	$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
OKEEFFES WORKING HANDS EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
pain relief max str external patch 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
pain relief maximum strength external patch 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
pain relieving lidocaine external patch 4 %	$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
phenol liquid , 89 %	$0 (Nivel 1)	DP
pimecrolimus external cream 1 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 100 g cada 30 días
podofilox external solution 0.5 %	$0-$12.65 (Nivel 3)	QL; 7 ml cada 28 días
povidone-iodine external solution 10 %	$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)	
qc anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
qc antiseptic skin cleanser external solution 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
qc calamine external lotion	$0 (Nivel 1)	DP
qc lidocaine pain relief external patch 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
qc povidone iodine external solution 10 %	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
qc zinc oxide external ointment 20 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy external cream 2-0.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra anti-itch skin protectant external cream 2-0.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra antiseptic external solution 10 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra antiseptic skin cleanser external solution 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra lidocaine pain relieving external patch 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra pain relieving external patch 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra zinc oxide external ointment 20 %	$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
SALONPAS PAIN RELIEVING EXTERNAL PATCH 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
sb povidone-iodine external solution 10 %	$0 (Nivel 1)	DP
SCRUB CARE POVIDONE-IODINE EXTERNAL SOLUTION 10 %	$0 (Nivel 1)	DP
special care external cream	$0 (Nivel 1)	DP
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 1)	DP
tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %	$0-$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 100 g cada 30 días
theracare lidocaine max str external patch 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
theracare pain relief external patch 4 %	$0 (Nivel 1)	DP
therapeutic moisturizing external cream	$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
ultra lido external patch 4 %	$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
vitamin e with panthenol external cream	$0 (Nivel 1)	DP
WAL-DRYL EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	$0 (Nivel 1)	DP
we care zinc oxide external ointment 20 %	$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
zinc oxide external ointment 20 %, 25 %	$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: **3/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
cvs ear drops otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs ear wax removal system otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
cvs earwax removal kit otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
DEBROX OTIC SOLUTION 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
ear drops earwax aid otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
ear drops otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
ear wax removal drops otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
ear wax removal kit otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
ear wax removal system otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
earwax removal kit otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
earwax removal otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
earwax treatment drops otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
eq ear wax removal aid otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
eq earwax removal aid otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
ft earwax removal kit otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
ft earwax removal otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp earwax removal drops otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
gnp earwax removal kit otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense ear wax kit otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
goodsense ear wax removal otic solution 6.5 %	$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
qc ear wax removal otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
qc earwax removal kit otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
qc earwax removal otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra ear drops otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
ra earwax removal kit otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 1)	DP
sm ear drops otic solution 6.5 %	$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: **3/30/2026**

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 133
12 hour decongestant 133
12 hour nasal decongestant 133
12 hour nasal relief spray 133
12 hour nasal spray 133
12 hr mucus relief max 133
12hr allergy relief 120
1st base 65
24hr allergy relief 120
3 day vaginal 106
3232a infant formula 165
4-WAY FAST ACTING 133
50+ adult eye health 190
600+d3 182
7 day vaginal 106
8 hour arthritis pain 38
8 hour pain reliever 38
8 hr arthritis pain relief 38
8hr muscle aches & pain relief 38
a thru z advanced 190
a thru z advanced adult 190
a thru z high potency 190
a thru z select 190
a thru z select 50+ advanced 190
a thru z select 50+ mens 190
a thru z select advanced 190
a thru z select ultimate women 190
a thru z ultimate mens 190
a-10000 190
a-25 190
abacavir sulfate 47
abacavir sulfate-lamivudine 49
abc complete adult 190
abc complete mens 190
abc complete senior 50+ 190
abc complete senior mens 50+ 190
abc complete senior womens 50+ 190
abc complete womens 190
ABIGALE 83
ABIGALE LO 83
ABILIFY ASIMTUFII 156
ABILIFY MAINTENA 156
abiraterone acetate 18
ABIRTEGA 18
ABRYSVO 32
acamprosate calcium 162
acarbose 79
ACCUTANE 231
acebutolol hcl 60
ACERFLEX 165
acerola c-500 190
acetaminophen 39
acetaminophen 8 hour 38
acetaminophen childrens 38
acetaminophen er 38
acetaminophen extra strength 39
acetaminophen infants 39
acetaminophen-codeine 37
acetazolamide 63
acetazolamide er 63
acetic acid 65, 108, 119
acetylcysteine 129
acitretin 237
ACTHIB 32
actical 190
actidom dmx 133
ACTIMMUNE 31
ACTINEL DM 133
active fe 110
ACTIVNUTRIENTS 190
ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE 190
ACTIVNUTRIENTS W/O IRON 190
acyclovir 54
acyclovir sodium 54
ADACEL 32
adalimumab-bwwd 28
adapalene 231
adapalene treatment 231
ADDAPRIN 34
adefovir dipivoxil 54
ADEK GUMMIES PLUS ZN 190
ADEMPAS 64
ADIPEX-P 85
ADMELOG 77
ADMELOG SOLOSTAR 77
ADRENAL MANAGER 190
ADRENALIV 190
adrenoid 190
adult one daily gummies 190
ADVAIR HFA 128
ADVANCED C PLUS 190
ADVANCED CALCIUM/D/MAGNESIUM 182
advanced eye health 190
ADVANCED MULTI EA 190
ADVANTAGE CARE ELECTROLYTE PED 181
ADVERA 165
ADVIL 34
ADVIL JUNIOR STRENGTH 34, 39
advin covid-19 antigen test 50
AEROCHAMBER HOLDING CHAMBER 129
AEROCHAMBER MINI CHAMBER 129
AEROCHAMBER MV 129
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE 129
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU 129
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM 129
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE 129
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM 129
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL 129
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU 129
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS 129
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR 129
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE 129
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM 129
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL 129
AEROCHAMBER2GO ANTI-STATIC 129
AEROVENT PLUS 129
AFIRMELLE 71
AFLORA 190
AFRIN 12 HOUR 133
AFRIN ALLERGY SINUS 133
AFRIN NODRIP CHILDRENS 133
AFRIN NODRIP EXTRA MOISTURE 133
AFRIN NODRIP NIGHT 133
AFRIN NODRIP ORIGINAL 133
AFRIN NODRIP SEVERE CONGEST 133
AFRIN NODRIP SINUS 133
AFRIN ORIGINAL 133
AFRIN SEVERE CONGESTION 133
AIMOVIG 161
aimsco lubricated 71
AIRAVITE 190
AIRBORNE 191
AIRBORNE ELDERBERRY 190
AIRBORNE GUMMIES 191
AIRBORNE KIDS 191
AIRSUPRA 128
AKEEGA 18
AL12 240
ala-cort 238
ALAVERT 120
ALAVERT D-12 HOUR ALLERGY/CONG 133
albendazole 50
albuterol sulfate 127
albuterol sulfate hfa 127
alclometasone dipropionate 238
alcoholado eucaliptino 65

ALCON TEARS 116
ALDURAZYME 81
ALECENSA 19
alendronate sodium 86
aler-cap 120
alertab 120
ALFAMINO JUNIOR 165
alfuzosin hcl er 108
aliskiren fumarate 64
ALIVE ADULT PREMIUM 191
ALIVE CALCIUM BONE SUPPORT 191
alive daily energy 191
ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN . 191
ALIVE ENERGY 50+ 191
ALIVE EVERYDAY IMMUNE HEALTH 191
ALIVE GARDEN GOODNESS 191
ALIVE GUMMIES FOR CHILDREN 191
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS 191
ALIVE MAX 6 POTENCY 191
ALIVE MENS 50+ 191
ALIVE MENS 50+ MULTI GUMMY 191
ALIVE MENS 50+ ULTRA 191
ALIVE MENS COMPLETE MULTI . 191
ALIVE MENS GUMMY MULTIVITAMINS 191
ALIVE MENS ULTRA 191
ALIVE MULTI-VITAMIN 191
ALIVE MULTI-VITAMIN CHILDRENS 191
ALIVE ONCE DAILY WOMENS 191
ALIVE ULTRA POTENCY ADULT . 191
ALIVE ULTRA POTENCY WOMENS 50+ 191
ALIVE WOMENS 50+ 191
ALIVE WOMENS 50+ COMPLETE MV 191
ALIVE WOMENS 50+ GUMMY 191
ALIVE WOMENS ENERGY 191
ALIVE WOMENS GUMMY 191
all day allergy 120
all day allergy childrens 120
all day allergy d 133
ALLBEE/C 192
all-day allergy childrens 120
ALLEGRA ALLERGY 120
aller-chlor 120
allergy 120
allergy (cetirizine) 120
allergy 24hour indoor/outdoor 120
allergy 24-hr 120
allergy childrens 120
allergy d-12 133
allergy eye 113
allergy rel child (loratadine) 120
allergy rel d12 (cetirizine) 133
allergy relief 120
allergy relief (cetirizine) 120
allergy relief (loratadine) 120
allergy relief 24-hr 120
allergy relief cetirizine 120
allergy relief childrens 120
allergy relief childrens 24-hr 120
allergy relief d 133
allergy relief d12 134
allergy relief d-12 134
allergy relief d-24 134
allergy relief/indoor/outdoor 121
allergy relief/nasal decongest 134
allergy relief-d 134
allergy/congestion relief 134
ALLI 85
allopurinol 47
ALMACONE DOUBLE STRENGTH 86
ALOE VESTA ANTIFUNGAL 234
alosetron hcl 93
ALPHA BETIC 192
alprazolam 154
ALTACHLORE 116
ALTADERM 65
altarussin 134
altarussin dm 134
ALTAVERA 71
altipres 134
altipres pediatric 134
altituss 134
altrixa 192
altrixa ob 192
alum & mag hydroxide-simeth 87
aluminum acetate 240
aluminum hydroxide gel 87
aluminum-magnesium-simethicone . 87
ALUNBRIG 19
ALVAIZ 109
ALVESCO 132
alyacen 1/35 71
alyacen 7/7/7 71
ALYFTREK 129
ALYGLO 30
ALYQ 64
amantadine hcl 152
ambrisentan 64
AMETHYST 71
amikacin sulfate 51
amiloride hcl 63
amiloride-hydrochlorothiazide 63
aminofen 39
AMINOSYN II 189
AMINOSYN-PF 189
amiodarone hcl 59
amitriptyline hcl 155
AMLACTIN DAILY 240
AMLACTIN DAILY NOURISH 240
AMLACTIN ULTRA SMOOTHING . 240
amlodipine besy-benazepril hcl 63
amlodipine besylate 61
amlodipine besylate-valsartan 62
amlodipine-olmesartan 62
ammonium lactate 240
AMNESTEEM 231
AMORYN MOOD BOOSTER 192
amoxapine 155
amoxicillin 57
amoxicillin-pot clavulanate 57
amphetamine-dextroamphet er 160
amphetamine-dextroamphetamine 160
amphotericin b 50
amphotericin b liposome 50
ampicillin 57
ampicillin sodium 57
ampicillin-sulbactam sodium 57, 58
anagrelide hcl 109
anastrozole 18
ANBESOL MAXIMUM STRENGTH 230
anefrin spray 134
ANORO ELLIPTA 128
antacid 87
antacid & antigas 87
antacid & anti-gas max str 87
antacid advanced 87
antacid anti-gas 87
antacid anti-gas max strength 87
antacid calcium 87
antacid calcium rich 87
antacid extra strength 87
antacid fast relief 87
antacid i 87
antacid iii 87
antacid liquid 87
antacid m 87
antacid maximum strength 87
antacid regular strength 87
antacid/antigas 87
antacid/simethicone ds 87
anti-allergy 192
antibiotic 232
anti-diarrheal 89
antifungal 234
antifungal (clotrimazole) 234
antifungal (tolnaftate) 234
anti-hist allergy 121
anti-itch 240
anti-itch extra strength 240
antioxidant 192
anti-oxidant 192
antioxidant a/c/e/selenium 192
antioxidant formula 192
antioxidant formula/minerals 192
antioxidant vitamins 192
antiseptic skin cleanser 240
apap childrens 39
apap extra strength 39
APETIBEX 192
APHEN 39

APPE-CURB 192
apra 39
aprepitant 92
APRI 71
APTIOM 149
APTIVUS 47
AQUA GLYCOLIC FACE 240
AQUA-CERIN 240
AQUA-E 192
aquanaz 134
AQUASOL A 192
aqueous vitamin d 192
AQUORAL 230
ARALAST NP 129
ARANELLE 71
ARBEM H-COSMETIC 65
ARBEM LIPOPEN 65
ARCALYST 31
AREXVY 32
ARGINAID EXTRA 165
ARIKAYCE 51
aripiprazole 156, 157
ARISTADA 157
ARISTADA INITIO 157
armodafinil 162
ARNUITY ELLIPTA 132
arthritis pain relief 39
arthritis pain reliever 39
arthritis pain relieving 240
artificial tears 116
artificial tears pf 116
ascorbic acid 192
asenapine maleate 157
ASHLYNA 71
ASPERCREME LIDOCAINE 240
asperflex max st 240
ASPERFLEX PAIN RELIEVING 240
aspirin 40
aspirin 81 39
aspirin adult low dose 39
aspirin adult low strength 39
aspirin buf(cacarb-mgcarb-mgo) 39
aspirin childrens 39
aspirin ec 39
aspirin ec adult low dose 39
aspirin ec adult low strength 39
aspirin ec low dose 39
aspirin ec low strength 39
aspirin low dose 39
aspirin low strength 39
aspirin regimen 40
aspirin-dipyridamole er 113
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 77
ASTAGRAF XL 31
asthma relief 129
astringent 240
ATABEX 192
ATABEX EC 192
ATABEX OB 192
atazanavir sulfate 47
atenolol 60
atenolol-chlorthalidone 62
athletes foot 234
athletes foot (clotrimazole) 234
athletes foot (terbinafine) 234
athletes foot powder spray 234
atomoxetine hcl 160
atorvastatin calcium 60
atovaquone 51
atovaquone-proguanil hcl 54
ATREVIS HYDROGEL 65
atropine sulfate 116
ATROVENT HFA 120
AUBRA EQ 71
AUGTYRO 19
AUROVELA 1/20 71
AUROVELA 24 FE 71
AUROVELA FE 1.5/30 71
AUROVELA FE 1/20 71
AUSTEDO 160
AUSTEDO XR 160
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 160
AUVELITY 155
AUXIPRO VANISHING 65
AVEDANA GLYCERIN (ADULT) 96
AVEENO DAILY MOISTURIZING FACE 240
AVEENO INTENSE RELIEF HAND 240
AVEENO POSITIVELY RADIANT 240
AVEENO RESTORATIVE SKIN THERAP 240
AVEENO SKIN RELF MOIST REPAIR 240
AVIANE 71
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 19
AYUNA 71
AYVAKIT 20
az cream 66
azacitidine 26
azathioprine 31
azelastine hcl 113, 121
azesco 192
azithromycin 56
AZO URINARY TRACT DEFENSE 51
AZOLEN ANTI-FUNGAL WASH 234
AZOLEN TINCTURE 234
aztreonam 51
AZURETTE 71
b complex 192
b complex formula 1 (w/ fa) 192
b complex vitamins 192
b complex-b12 192
b complex-c 192
b complex-c-folic acid 192
b1 192
b-1 192
b1 natural 192
b-100 b-complex 192
b-12 ..... 192, 193
b-12 quick dissolve 193
b-12 slow release 193
b-12 tr 193
b-50 complex 193
b-6 193
b6 natural 193
BABY ANTI MONKEY BUTT 240
BABY DDROPS 193
baby super daily d3 193
baby vitamin d3 193
BABY'S BIG SUPPORT 165
bacitracin 115, 232
bacitracin zinc 232
bacitracin zinc-aloe 232
bacitracin-polymyxin b 115
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 114
BACITRAYCIN PLUS 232
baclofen 154
BACMIN 193
BAFIERTAM 153
balance b-50 193
balanced b complex 193
balanced b-100 193
balanced b-50/fa 193
balanced nutritional drink 165
balanced nutritional drink pls 165
balanced nutritional shake pls 165
BALMBARR HAND & BODY 240
BALMBARR MOISTURIZING 240
BALMBARR STRETCH MARK 240
balsalazide disodium 96
BALVERSA 20
BALZIVA 71
BANOPHEN 121, 240
BARACLUDE 54
BARIATRIC FUSION 193
bariatric multivitamin/iron 193
bariatric multivitamins 193
bariatric multivitamins/iron 193
BASE PCCA CLARIFYING 66
base w301 66
basic am 193
basic pm 193
BAYER ADVANCED ASPIRIN REG ST 40
BAYER ASPIRIN 40
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE 40
BAYER LOW DOSE 40
baza antifungal 234
BCAD 1 165
BCAD 2 165
bcg vaccine 32
b-compleet-100 193
b-compleet-50 193
b-complex 193

b-complex (folic acid) 193
b-complex balanced 193
b-complex plus b-12 193
b-complex/b-12 193
b-complex/electrolytes 193
b-complex/vitamin c 193
b-complex-c 194
b-complex-c (w/folic acid) 193
BENADRYL ALLERGY 121
BENADRYL ALLERGY CHILDRENS 121
BENADRYL ALLERGY EXTRA STR 121
BENADRYL ALLERGY ULTRATABS 121
BENADRYL EXTRA STRENGTH 241
benazepril hcl 65
benazepril-hydrochlorothiazide 63
bendamustine hcl 18
BENDEKA 18
BENECALORIE 165
BENLYSTA 31
BENZEPRO 231
benzoin 241
benzonatate 134
benzoyl peroxide-erythromycin 231
benzphetamine hcl 85
benztropine mesylate 152
BERINERT 109
besifloxacin hcl 115
BESIVANCE 115
BESREMI 26
beta care 241
BETA XMA 241
BETADINE 241
BETADINE SURGICAL SCRUB 241
betaine 81
betamethasone dipropionate 238
betamethasone dipropionate aug 238
betamethasone valerate 238
BETASEPT SURGICAL SCRUB 241
BETASERON 153
betatemp childrens 40
betaxolol hcl 61, 114
bethanechol chloride 108
better b complex 194
BEVESPI AEROSPHERE 128
bexarotene 27, 241
BEXSERO 32
bicalutamide 18
BICILLIN L-A 58
BIG 100 194
BIG 100 (BIOTIN) 194
BIKTARVY 49
bilberry plus 194
BILDYOS 86
BIMZELX 28
BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST 51
BIO-35 GLUTEN-FREE 194
BIO-35 IRON FREE 194
biocal 194
biocel 194
biocof 134
biocotron 134
biodesp dm 134
BIO-D-MULSION 194
BIO-D-MULSION FORTE 194
bioflex 194
BIOLLE GEL TEARS 116
BIOLLE TEARS 116
BIOLYTE 181
BION TEARS PF 116
BIOTECT PLUS 194
BIOTENE DRY MOUTH MOIST SPRAY 230
biotin 194
biotin forte 194
biotin maximum strength 194
biotin super potency 194
bio-z-cough 134
bisacodyl 96
bisacodyl ec 96
bisacodyl laxative 96
bismuth 89
bismuth subsalicylate 89
bisoprolol fumarate 61
bisoprolol-hydrochlorothiazide 62
BIVIGAM 30
BLACK-DRAUGHT LAX-SENNA 96
bladder 2.2 194
BLISOVI 24 FE 71
BLISOVI FE 1.5/30 71
BLISOVI FE 1/20 71
blood sugar manager 194
BLUE-EMU PAIN RELIEF DRY 241
BLUJEPA 51
body/hair/skin/nails 194
bone density builder 182
BONEUP 194
BONEUP 3 PER DAY 194
BONEUP VEGETARIAN 194
BONSITY 86
BOOST 165
BOOST BREEZE 165
BOOST BREEZE 2-FLAVOR PACK 165
BOOST GLUCOSE CONTROL 165
BOOST GLUCOSE CTRL MAX PROTEIN 165
BOOST HIGH PROTEIN 165
BOOST KID ESSENTIALS 1.0 CAL 165
BOOST KID ESSENTIALS 1.5 CAL 165
BOOST KID ESSENTIALS 1.5/FIBER 165
BOOST ORIGINAL 165
BOOST PLUS 165
BOOST VERY HIGH CALORIE 165
BOOST VHC 165
BOOST WOMEN 165
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT 194
BOOSTRIX 32
boro-packs 241
bortezomib 20
bosentan 64
BOSULIF 20
bp vit 3 194
b-plex 194
b-plex plus 194
BPROTECTED MULTI-VITE 194
BPROTECTED PEDIA D-VITE 194
BPROTECTED PEDIA IRON 110
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE 194
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE 194
BPROTECTED PEDIA TRI-VITE 194
BPROTECTED VITAMIN C 194
BRAFTOVI 20
brain builder kids 195
BRAINSUSTAIN FOR KIDS 165
breathe comfort chamber/adult 129
breathe comfort chamber/child 129
breathe ease large 129
breathe ease medium 129
breathe ease small 129
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER 129
BREO ELLIPTA 128
BREYNA 128
BREZTRI AEROSPHERE 128
briellyn 71
BRIGHT BEGINNINGS PEDIATRIC 165
brimonidine tartrate 114
brinzolamide 114
BRIVIACT 149
bromocriptine mesylate 153
BRONKAID MAX 129
BRUKINSA 20
BUCKLEYS CHEST CONGESTION 134
budesonide 96, 132
budesonide er 96
budesonide-formoterol fumarate 128
BUFFERIN 40
BUFFERIN EXTRA STRENGTH 40
bumetanide 63
buprenorphine 37
buprenorphine hcl 162
buprenorphine hcl-naloxone hcl 162, 163
bupropion hcl 155
bupropion hcl er (smoking det) 163
bupropion hcl er (sr) 155

bupropion hcl er (xl) 155
BURIED TREASURE ACTIVE 55 PLUS 195
buspirone hcl 154
butenafine hcl 234
butorphanol tartrate 37
c 1000 195
c 500 195
c 500/rose hips 195
c extra strength 195
c-1000 195
c-1000/rose hips 195
c-250 195
c-500 195
c-500/rose hips 195
cabergoline 81
CABOMETYX 20
calamine 241
calamine-zinc oxide 241
CALCIDOL 195
calcipotriene 237
calcitonin (salmon) 86
calcitrate plus d 182
cal-citrate plus vitamin d 182
CALCITRENE 237
calcitriol 70
calcium 184
calcium + d 182
calcium + d3 182
calcium + vitamin d3 182
calcium 1000 + d 182
calcium 1200 182
calcium 500 + d 182
calcium 500 + d3 182
calcium 500/d 182
calcium 500/vitamin d 182
calcium 500+d 182
calcium 500+d high potency 182
calcium 500+d3 182
calcium 600 182
calcium 600 + d 182
calcium 600 +d high potency 182
calcium 600/vitamin d 182
calcium 600/vitamin d3 182
calcium 600+d 183
calcium 600+d high potency 182
calcium 600+d3 183
calcium 600+d3 plus minerals 183
calcium antacid 87
calcium carb-cholecalciferol 183
calcium carbonate 183
calcium carbonate antacid 87
calcium carbonate extra light 183
calcium carbonate light 183
calcium carbonate-vitamin d 183
calcium citrate 183
calcium citrate + ... 183
calcium citrate + d 183
calcium citrate + d3 183
calcium citrate + d3 maximum 183
calcium citrate chewy bite 183
calcium citrate plus 183
calcium citrate plus/magnesium 183
calcium citrate+d3 183
calcium citrate+d3 petites 183
calcium citrate-mag-minerals 183
calcium citrate-vitamin d 183
calcium citrate-vitamin d3 183
calcium creamies 183
calcium gluconate 183
calcium high potency 183
calcium high potency/vitamin d 184
calcium lactate 184
calcium magnesium zinc 184
calcium oyster shell 184
calcium plus vitamin d 184
calcium plus vitamin d3 184
calcium soft chews 184
calcium+d3 184
calcium-magnesium-zinc 184
calcium-magnesium-zinc-d3 184
calcium-magnesium-zinc-vit d3 184
calcium-vitamin d 184
calcium-vitamin d3 184
CAL-GEST ANTACID 87
cal-mint 184
CALMOSEPTINE 241
CALPROTECT 241
CALQUENCE 20
CALTRATE 600+D PLUS MINERALS 184
CALTRATE 600+D3 184
CALTRATE 600+D3 SOFT 184
CALTRATE BONE HEALTH 184
CALTRATE BONE HEALTH ADVANCED 184
CALTRATE MINIS PLUS MINERALS 184
CAMILA 71
CAMRESE 71
CAMRESE LO 71
candesartan cilexetil 59
candesartan cilexetil-hctz 62
CAPLYTA 157
CAPRELSA 20
capsaicin 241
capsaicin hp 241
capsaicin pain relief 241
capsaid es arthritis relief 241
captopril 65
captopril-hydrochlorothiazide 63
CAPZASIN-HP 241
CAPZASIN-P 241
capzix 241
carbamazepine 149
carbamazepine er 149
carbidopa-levodopa 153
carbidopa-levodopa er 153
carbidopa-levodopa-entacapone ... 153
carboplatin 18
carboxymethylcellulose sod pf 116
carboxymethylcellulose sodium 116
cardiopress 195
CARESTART COVID-19 HOME TEST 51
carglumic acid 81
carisoprodol 154
CARNATION BREAKFAST ESSENTIALS 165
carteolol hcl 114
CARTIA XT 61
carvedilol 61
caspofungin acetate 50
castellani paint 234
castellani paint modified 234
CAYSTON 51
c-chewable 195
cefaclor 55
cefadroxil 55
cefazolin sodium 55
cefazolin sodium-dextrose 55
cefdinir 55
cefepime hcl 55
cefixime 55
cefotetan disodium 55
cefoxitin sodium 55
cefpodoxime proxetil 55, 56
cefprozil 56
ceftaroline fosamil 56
ceftazidime 56
ceftriaxone sodium 56
cefuroxime axetil 56
cefuroxime sodium 56
CELEBRATE CALCIUM CITRATE 184
CELEBRATE CALCIUM PLUS 500 184
CELEBRATE MULTI-COMPLETE 18 195
CELEBRATE MULTI-COMPLETE 36 195
CELEBRATE MULTI-COMPLETE 45 195
CELEBRATE MULTI-COMPLETE 60 195
celecoxib 35
centavite a-z complete-mineral 195
CENTRATEX 110
centravites 195
centravites 50 plus 195
centravites adults 195
CENTRUM 196
CENTRUM ADULT 195
CENTRUM ADULT 50+ MULTIGUMMIES 195
CENTRUM ADULTS 196
CENTRUM ADULTS MULTIGUMMIES 196

CENTRUM CARDIO 196
CENTRUM DUAL ACT MULTI+ BEAUTY 196
CENTRUM DUAL ACT MULTI+OMEGA-3 196
CENTRUM FLAVOR BURST 196
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT 196
CENTRUM FLAVOR BURST KIDS 196
CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ...196
CENTRUM FRESH/FRUITY ADULT 196
CENTRUM KIDS 196
CENTRUM KIDS MULTIGUMMIES 196
CENTRUM MEN 196
CENTRUM MEN 50+ MULTIGUMMIES 196
CENTRUM MEN MULTIGUMMIES 196
CENTRUM MENOPAUSE HOT FLASH 196
CENTRUM MENOPAUSE MIND/MOOD 196
CENTRUM MINIS ADULTS 50+ 196
CENTRUM MINIS MEN 50+ 196
CENTRUM MINIS WOMEN 50+ 196
CENTRUM MINIS WOMEN IMMUNE SUP 196
CENTRUM MULTI + OMEGA 3 196
CENTRUM MULTI+ MENTAL FOCUS 196
CENTRUM POSTNATAL GUMMIES 196
CENTRUM SILVER 197
CENTRUM SILVER 50+MEN 196
CENTRUM SILVER 50+WOMEN ..196
CENTRUM SILVER ADULT 50+ ... 197
CENTRUM SILVER MEN 50+ 197
CENTRUM SILVER ULTRA WOMENS 197
CENTRUM SILVER WOMEN 50+ . 197
CENTRUM SPECIALIST HEART .. 197
CENTRUM SPECIALIST IMMUNE 197
CENTRUM SPECIALIST VISION .. 197
CENTRUM ULTRA WOMENS 197
CENTRUM VITAMINTS 197
CENTRUM WOMEN 197
CENTRUM WOMEN 50+ MULTIGUMMIES 197
CENTRUM WOMEN MULTIGUMMIES 197
century 197
century mature 197
CENVITE 197
cephalexin 56
CEQUR SIMPLICITY 2U 77
CEQUR SIMPLICITY INSERTER 77
CERALYTE 70 181
CERASPORT 181
CERASPORT EX1 181
CERAVE DIABETICS DRY SKIN .. 241
CERAVE MOISTURIZING 241
CERAVE SA ROUGH & BUMPY SKIN 241
CERDELGA 81
CEREFOLIN BRAIN WELLNESS .. 197
CEREZYME 81
CEROVITE JR 197
CEROVITE SENIOR 197
CERTAVITE SENIOR 197
CERTAVITE SENIOR/ANTIOXIDANT 197
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS 197
CETAPHIL MOISTURIZING 241
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND 241
cetirizine hcl 121
cetirizine hcl allergy child 121
cetirizine hcl childrens 121
cetirizine hcl childrens alrgy 121
cetirizine-pseudoephedrine er 134
cevimeline hcl 230
CFPREOP 165
charcoal activated 81
CHATEAL EQ 71
chelated magnesium 184
chelated zinc 184
CHEMET 70
CHEMSTRIP K 81
CHEMSTRIP UGK 81
chest congestion relief 134
chest congestion relief child 134
chest congestion relief dm 134
chicken/peas/carrots 166
chicken/peas/carrots plus 166
chicken/peas/carrots plus pedi 166
childrens 24 hour allergy 121
CHILDRENS ADVIL 35
childrens animal shapes 197
childrens apap 40
childrens aspirin 40
childrens aspirin free 40
childrens chew multivitamin 197
childrens chewable vitamins 197
childrens gummies 197
childrens ibuprofen 35
childrens ibuprofen 100 35
childrens loratadine 121
CHILDRENS MEDI-PROFEN 35
CHILDRENS MEDI-TABS 40
CHILDRENS MOTRIN 35
childrens non-aspirin 40
childrens pain reliever 40
chlorhexidine gluconate 230, 241
chlorhist 121
chloroquine phosphate 54
chlorphen 121
chlorpheniramine maleate 121
chlorpheniramine maleate er 121
chlorpromazine hcl 157
chlorthalidone 63
CHLOR-TRIMETON ALLERGY 121
CHOICEFUL MULTIVITAMIN 197
cholase control 197
cholecalciferol 197
cholestyramine 60
cholestyramine light 60
CHOLEXTRA 166
CHROMAGEN 110
chromic chloride 189
CHRYSADERM DAY 66
CHRYSADERM NIGHT 66
CICAPLAST BAUME B5 SOOTH BALM 241
ciclopirox 235
ciclopirox olamine 235
cilostazol 109
CILOXAN 115
CIMDUO 49
cinacalcet hcl 81
ciprofloxacin hcl 57, 115
ciprofloxacin in d5w 57
ciprofloxacin-dexamethasone 119
CIRCATA 241
cisplatin 18
citalopram hydrobromide 155
CITRACAL +D3 197
CITRACAL MAXIMUM 184
CITRACAL MAXIMUM PLUS 185
CITRACAL PETITES/VITAMIN D .. 185
citrus bioflavonoids 66
citrus calcium/vitamin d 185
CLARAVIS 231
clarithromycin 56
clarithromycin er 56
CLARITIN 121
CLARITIN ALLERGY CHILDRENS121
CLARITIN CHILDRENS 121
CLARITIN REDITABS 122
CLARITIN REDITABS JUNIORS ... 121
CLARITIN-D 12 HOUR 134
CLARITIN-D 24 HOUR 134
classic neti pot sinus wash 129
classic prenatal 197
CLEAR EYES NATURAL TEARS .. 116
CLEARCANAL EARWAX SOFTENER 247
CLEARDETECT COVID-19 AG HOME 51
CLEARLAX 96
clemastine fumarate 122
CLEODERM 66
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER 129
click espresso protein drink 166
clindamycin hcl 51

clindamycin palmitate hcl 51
clindamycin phos (once-daily) 231
clindamycin phos (twice-daily) 231
clindamycin phos-benzoyl perox 232
clindamycin phosphate 51, 106, 232
clindamycin phosphate in d5w 51
clindamycin phosphate in nacl 51
CLINERE EARWAX REMOVAL KIT 247
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) ... 189
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 189
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 189
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 189
clinimix/dextrose (6/5) 189
clinimix/dextrose (8/10) 189
clinimix/dextrose (8/14) 189
CLINISOL SF 189
CLINITEST RAPID COVID-19 TEST 51
CLINOLIPID 189
clobazam 149
clobetasol propionate 238
clobetasol propionate e 238
CLODAN 238
clomipramine hcl 155
clonazepam 149
clonidine 64
clonidine hcl 64
clopidogrel bisulfate 113
clorazepate dipotassium 150
CLORPACTIN 241
clotrimazole 106, 230, 235
clotrimazole 3 106
clotrimazole af 235
clotrimazole anti-fungal 235
clotrimazole athletes foot 235
clotrimazole-7 106
clotrimazole-betamethasone 235
clozapine 157
co q 10 166
co q10 166
co q-10 166
COARTEM 54
COBENFY 157
COBENFY STARTER PACK 157
cocoa butter skin 241
coconut oil beauty 241
cod liver oil 197
cod liver oil w/vit a & d 197
cod liver oil/low vitamin a 198
cod liver oil/vitamins a & d 198
coditussin ac 134
coditussin dac 134
coenzyme q10 166
coenzyme q-10 166
co-enzyme q10 166
co-enzyme q-10 166
COLACE 97
COLACE 2-IN-1 96
COLACE CLEAR 97
colchicine 47
colchicine-probenecid 47
cold multi-symptom severe day 122
colesevelam hcl 60
colestipol hcl 60
colistimethate sodium (cba) 51
collagen 242
collagen premium skin 242
collagen ultra 198
COMBIGAN 114
COMBIVENT RESPIMAT 128
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 20
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 20
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) . 20
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 77
comfort gel 88
comfort gel antacid & anti-gas 87
comfort gel antacid anti-gas 87
COMPACT SPACE CHAMBER 129
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK 129
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK 129
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK 130
companion 198
COMPETE 198
COMPLEAT 166
COMPLEAT ORGANIC BLENDS .. 166
COMPLEAT PEDI PEPTIDE 1.5 ... 166
COMPLEAT PEDI STANDARD 1.0 166
COMPLEAT PEDI STANDARD 1.4 166
COMPLEAT PEDIATRIC 166
COMPLEAT PEDIATRIC ORG BLENDS 166
COMPLEAT PEPTIDE 1.5 166
COMPLEAT STANDARD 1.4 166
complete allergy medicine 122
complete allergy relief 122
complete multivitamin/mineral 198
COMPLEX ESSENTIAL MSD 166
COMPRO 92
COMTREX DEEP CHEST COLD .. 134
CO-NATAL FA 198
condoms 71
constulose 97
COPAXONE 153
COPIKTRA 20
coq10 166
coq-10 166
coq10 gummies adult 166
coq10 maximum strength 166
coral calcium plus 198
CORLANOR 64
CORTICARE B 198
CORVITA 198
CORVITA 150 110
CORVITE 150 110
corvite fe 110
COTELLIC 20
cough & chest congestion dm 134
cough & congestion kids 135
cough dm 135
cough dm childrens 135
coughtab 135
covid-19 at home antigen test 51
covid-19 at-home test 51
covid-19 otc antigen 1-pack 51
covid-19 otc antigen 2-pack 51
cream base 66
cream concentrate 66
CREON 93
CRESEMBA 50
CRITIC-AID CLEAR AF 235
cromolyn sodium 93, 113, 130
CRUSH VITAMIN C DROPS 198
CRYSELLE 71
CULTURELLE KIDS COMPLETE . 198
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV 198
CULTURELLE PROBIOTIC MEN DAILY 198
CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV 198
cupric chloride 189
curanol 40
curelief 122
CUTEMOL 242
cutis plus 66
cvs 12 hour nasal decongestant 135
cvs 8hr arthritis pain relief 40
cvs 8hr muscle aches & pain 40
cvs acetaminophen 40
cvs acetaminophen ex st 40
cvs adapalene 232
cvs adult 50+ eye health 198
cvs adult multivitamin 198
CVS AIRSHIELD 198
CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT 198
cvs allerg rel child (lorat) 122
cvs allergy 122
cvs allergy & hives relief 122
cvs allergy childrens 122
cvs allergy nasal mist no drip 135
cvs allergy relief 122
cvs allergy relief adult 122
cvs allergy relief childrens 122
cvs allergy relief d 135
cvs allergy relief neti pot 130
cvs allergy relief(cetirizine) 122
cvs allergy relief-d 135

cvs allergy relief-d12 135
cvs antacid maximum strength 88
cvs antacid plus antigas 88
cvs antacid/anti-gas 88
cvs antibiotic 232
cvs antibiotic pain/scar 232
cvs anti-diarrheal 90
cvs antiseptic skin cleanser 242
cvs arthritis pain relief 40
cvs aspirin 41
cvs aspirin adult low dose 40
cvs aspirin adult low strength 40
cvs aspirin ec 41
cvs aspirin low dose 41
cvs aspirin low strength 41
cvs asthma relief 130
cvs astringent solution 242
cvs athletes foot 235
cvs athletes foot (tolnaftate) 235
cvs b complex plus c 198
cvs b-1 198
cvs b12 198
cvs b-12 198
cvs b12 gummies 198
cvs b6 198
cvs bacitracin 232
cvs bacitracin zinc 232
cvs biotin 198
cvs biotin high potency 198
cvs butenafine hcl 235
cvs calcium + d3 185
cvs calcium 600 & vitamin d3 185
cvs calcium 600 + d/minerals 185
cvs calcium 600+d 185
cvs calcium carbonate 185
cvs calcium citrate+d3 185
cvs calcium citrate+d3 petites 185
cvs calcium citrate+d3 w/magne 185
cvs calcium soft chews 185
cvs calcium-magnesium-zinc 185
cvs capsaicin hp 242
cvs chewable c with rose hips 198
cvs chewable childrens vitamin 198
cvs childrens allergy 122
cvs childrens complete 198
cvs childrens ibuprofen 35
cvs childs non-aspirin 41
cvs c-lax laxative 97
cvs clotrimazole 235
cvs clotrimazole 3 106
cvs coenzyme q-10 166
cvs coq-10 166
cvs coq-10 ultra 166
cvs cough & chest congestion 135
cvs cough dm 135
cvs cough dm childrens 135
cvs covid-19 at home test kit 51
cvs d3 198
cvs daily fiber 97
cvs daily gummies 199
cvs daily gummies adult 199
cvs daily multiple for men 199
cvs daily multiple women 50+ 199
cvs daily multiv/mineral mens 199
cvs daily multivitamin mens 199
cvs daily multivitamin womens 199
cvs dm maximum adult 135
cvs dry eye relief 116
cvs dry mouth 230
cvs dry skin therapy 242
cvs e 199
cvs ear drops 247
cvs ear wax removal system 247
cvs earwax removal kit 247
cvs electrolyte solution 181
cvs enema disposable 97
cvs enema ready-to-use 97
cvs epsom salt 97
cvs ethyl alcohol 66
cvs eye allergy relief 113
cvs eye health & lutein 199
cvs eye health adult 50+ 199
cvs fever reducing childrens 41
cvs fiber 97
cvs fiber laxative 97
cvs folic acid 199
cvs foot & sneaker 235
cvs gas relief 93
cvs gas relief extra strength 93
cvs gas relief infants 93
cvs gas relief ultra strength 93
cvs gauze sterile 77
cvs gentle laxative 97
cvs gentle laxative womens 97
cvs genuine aspirin 41
cvs glycerin adult 97
cvs glycerin child 97
cvs gummy dinos 199
cvs gummy multivitamin kids 199
cvs hydrating skin treatment 242
cvs ibuprofen 35
cvs ibuprofen childrens 35
cvs ibuprofen infants 35
cvs immune support 199
cvs indoor/outdoor allergy rlf 122
cvs infants gas relief 93
cvs infants pain relief drops 41
cvs iron 110
cvs itch relief 235
cvs itch relief extra strength 242
cvs jock itch 235
CVS KETONE CARE 81
cvs laxative pills max st 97
cvs lice killing 239
CVS LICE SOLUTION 239
cvs lidocaine pain relief 242
cvs lidocaine pain-relieving 242
cvs lubricant drops 116
cvs lubricant drops fast act 116
cvs lubricant eye drops 116
cvs lubricant eye drops (pf) 116
cvs magnesium 185
cvs magnesium oxide 185
cvs melatonin 166
cvs mens daily gummies 199
cvs menstrual relief 41
cvs miconazole 1 combo pack 106
cvs miconazole 3 combo pack 106
cvs miconazole 3 combo-supp 106
cvs miconazole 7 106
cvs milk of magnesia 97
cvs mineral oil 97
cvs mini enema 97
cvs mini enema kids 97
cvs moisturizing 242
cvs mucus dm extended release 135
cvs mucus extended release 135
cvs multi-symptoms cold child 135
cvs nasal decongestant 135
cvs nasal mist 135
cvs nasal spray 135
cvs natural daily fiber 97
cvs natural fiber supplement 97
cvs natural tears pf 116
cvs neti pot soft tip 130
cvs nicotine 163
cvs nicotine polacrilex 163
cvs non-aspirin childrens 41
cvs non-aspirin extra strength 41
cvs nutrition liquid 167
cvs nutrition plus 167
cvs nutrition plus chocolate 167
cvs nutrition plus vanilla 167
cvs nutritional shake 167
cvs one daily essential 199
cvs one daily mens 50+ adv 199
cvs one daily mens formula 199
cvs one daily womens 50+ adv 199
cvs one daily womens formula 199
cvs oral anesthetic max str 230
cvs oyster shell calcium-vit d 185
cvs pain & fever childrens 41
cvs pain & fever infants 41
cvs pain relief 41, 242
cvs pain relief childrens 41
cvs pain relief extra strength 41
cvs ped electrolyte freeze pop 181
cvs pediatric electrolyte 181
cvs petroleum jelly 66
cvs pinworm treatment 51
cvs povidone-iodine 242
cvs prenatal 199
cvs prenatal gummy 199
cvs prenatal multi+dha 199
cvs prenatal multivitamin 199
CVS PURELAX 97
cvs ringworm 235

cvs saline sinus wash refills 130
cvs senna 97
cvs senna plus 97
cvs senna-extra 97
cvs severe cough/congest 135
cvs sinus nasal spray 135
cvs sinus pe decongestant 135
cvs sinus wash system 130
cvs skin treatment 242
cvs slow release dried iron 110
cvs slow release iron 110
cvs sod chloride hypertonicity 116
cvs sodium chloride 116
cvs spectravite adult 50+ 199
cvs spectravite adults 199
cvs spectravite advanced 199
cvs spectravite men 199
cvs spectravite men 50+ 199
cvs spectravite senior 199
cvs spectravite ultra men 50+ 199
cvs spectravite ultra mens 199
cvs spectravite ultra women 199
cvs spectravite women 199
cvs spectravite women 50+ 199
cvs spectravite womens senior 199
cvs stomach relief 90
cvs stomach relief max st 90
cvs stool softener 97
cvs stool softener/laxative 97
cvs super b complex/c 200
cvs tussin adult chest congest 135
cvs tussin cough 135
cvs tussin dm 135
cvs tussin dm max st 135
cvs tussin maximum strength 136
cvs tussindm cough/chest adult 136
cvs vision health 200
cvs vitamin a 200
cvs vitamin b12 200
cvs vitamin b-12 200
cvs vitamin c 200
cvs vitamin c-rose hips 200
cvs vitamin d3 200
cvs vitamin e 200
cvs womens active daily 200
cvs womens daily gummies 200
cvs womens prenatal+dha 200
cvs zinc gluconate 185
cvs zinc oxide 242
cyanocobalamin 200
CYCLINEX-1 167
CYCLINEX-2 167
cyclobenzaprine hcl 154
cyclophosphamide 18
cycloserine 49
cyclosporine 32
cyclosporine modified 31, 32
cyproheptadine hcl 122
CYRED EQ 71
CYSTADROPS 116
CYSTAGON 81
CYSTARAN 116
CYSTEX URINARY PAIN RELIEF 51
cytarabine 26
d 1000 200
d-1000 extra strength 200
d3 200
d3 2000 200
d3 5000 200
d3 baby drops 200
d3 extra strength 200
d3 high potency 200
d3 max st 200
d3 maximum strength 200
d3 super strength 200
d3-1000 200
d-3-5 200
D3-50 200
d-400 200
d-5000 200
dabigatran etexilate mesylate 108
daily betic 201
daily combo multi vitamins 201
daily fiber 97
daily multiple vitamins 201
daily multiple vitamins/min 201
daily multivitamin 201
daily value multivitamin 201
daily vitamin/iron 201
daily vitamins 201
daily vite 201
daily vite multivitamin/iron 201
daily vites 201
daily vites/iron 201
daily-vite 201
daily-vite multivitamin 201
dalfampridine er 153
danazol 70
dantrolene sodium 154
DANZITEN 20
dapagliflozin propanediol 79
dapsone 51
DAPTACEL 32
daptomycin 51
darunavir 48
dasatinib 20
DASETTA 1/35 (28) 71
DASETTA 7/7/7 71
DAURISMO 20
DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF 122
DAYSEE 71
DAYVIGO 161
D-CERIN 242
DDROPS 201
DDROPS BOOSTER 201
DEBLITANE 71
DEBROX 247
DECARA 201
DECONEX IR 136
decongestant 136
decongestant vapor 136
DECUBI-VITE 201
deferasirox 70
dekas bariatric 201
DEKAS PLUS 201
DEKAS PLUS OCEAN 201
DELSTRIGO 49
DELSYM 136
DELSYM CGH/CHEST CONG DM CHILD 136
DELSYM COUGH CHILDRENS 136
DELSYM COUGH/CHEST CONGEST DM 136
delta d3 201
DENGVAXIA 32
DENTA 5000 PLUS 230
dentagel 230
DEPLIN MA 201
DEPO-SUBQ PROVERA 104 72
DEPO-TESTOSTERONE 70
DERMABASE 242
DERMACINRX CIRCATRIX 242
dermaide aloe 242
derma-r 242
DERMAVITE 201
DERMELEVE ANTI-ITCH SCALP 242
DERMEND BRUISE FORMULA 242
DERMEND FRAGILE SKIN 242
DESCOVY 49
DESENEX 235
DESGEN DM 136
DESGEN PEDIATRIC 136
desipramine hcl 155
desmopressin ace spray refrig 81
desmopressin acetate 81
desmopressin acetate pf 81
desmopressin acetate spray 81
desogestrel-ethinyl estradiol 72
despec dm 136
despec dm-g 136
despec eda 136
destress-iron 201
desvenlafaxine succinate er 155
dexamethasone 84
DEXAMETHASONE INTENSOL 84
dexamethasone sod phos (pf) 84
dexamethasone sod phosphate pf 84
dexamethasone sodium phosphate 84, 115
dexmethylphenidate hcl 160
dextromethorphan hbr 136
dextromethorphan polistirex er 136
dextromethorphan-guaifenesin 136
dextrose 189
dextrose in lactated ringers 179
dextrose-sodium chloride 179

dhea ... 66
DHEA 50 ... 66
diabetes health formula ... 201
diabetic siltussin-dm ... 136
DIABETIC TUSSIN ALLERGY ... 122
DIABETIC TUSSIN DM ... 136
DIABETIC TUSSIN DM MAX ST ... 136
DIABETIC TUSSIN EX ... 136
DIABETIDERM ... 242
DIABETIDERM FOOT REJUVENATING ... 242
DIABETISOURCE AC ... 167
DIACOMIT ... 150
DIALYVITE ... 201
DIALYVITE 3000 ... 201
DIALYVITE 5000 ... 201
DIALYVITE 800 ... 201
dialyvite 800/ultra d ... 201
DIALYVITE 800/ZINC ... 201
DIALYVITE 800-ZINC 15 ... 201
DIALYVITE SUPREME D ... 201
DIALYVITE VITAMIN D 5000 ... 201
DIALYVITE/ZINC ... 202
diamode ... 90
diarrhea ... 90
DIASCREEN 10 ... 81
DIASCREEN 1B ... 81
DIASCREEN 1G ... 81
DIASCREEN 1K ... 81
DIASCREEN 2GK ... 81
DIASCREEN 2GP ... 81
DIASCREEN 3 ... 81
DIASCREEN 4NL ... 81
DIASCREEN 4OBL ... 81
DIASCREEN 4PH ... 81
DIASCREEN 5 ... 81
DIASCREEN 6 ... 81
DIASCREEN 7 ... 82
DIASCREEN 8 ... 82
DIASCREEN 9 ... 82
diascreen liquid urine control ... 82
DIATRUST COVID-19 HOME TEST ... 51
diazepam ... 150, 162
DIAZEPAM INTENSOL ... 150
diazoxide ... 70
diclofenac potassium ... 35
diclofenac sodium ... 35, 115, 242
diclofenac sodium er ... 35
dicloxacillin sodium ... 58
dicyclomine hcl ... 93
diethylpropion hcl ... 85
diethylpropion hcl er ... 85
DIFFERIN ... 232
DIFICID ... 56
diflunisal ... 35
difluprednate ... 115
digoxin ... 64
dihydroergotamine mesylate ... 161
DILANTIN ... 150
diltiazem hcl ... 61
diltiazem hcl er ... 61
diltiazem hcl er beads ... 61
diltiazem hcl er coated beads ... 61
dilt-xr ... 61
diphen ... 122
diphenhist ... 122
diphenhydramine hcl ... 122
diphenhydramine hcl childrens ... 122
diphenhydramine-zinc acetate ... 242
diphenoxylate-atropine ... 93
dipyridamole ... 113
disopyramide phosphate ... 59
disulfiram ... 163
divalproex sodium ... 150
divalproex sodium er ... 150
DML FORTE ... 242
docetaxel ... 27
DOCIVYX ... 27
docqlace ... 97
docusate calcium ... 97
docusate mini ... 97
docusate sodium ... 97, 98
DOCUSOL KIDS ... 98
dofetilide ... 59
DOK ... 98
DOLISHALE ... 72
DOMEBORO ... 242
dometuss-dmx ... 136
donepezil hcl ... 154
DOPTELET ... 109
DOPTELET SPRINKLE ... 109
dorzolamide hcl ... 114
dorzolamide hcl-timolol mal ... 114
DOTTI ... 83
double antibiotic ... 233
DOVATO ... 49
doxazosin mesylate ... 59
doxepin hcl ... 155, 161
doxorubicin hcl ... 27
doxorubicin hcl liposomal ... 27
DOXY 100 ... 58
doxycycline hyclate ... 58
doxycycline monohydrate ... 58
DPP DIPEPTIDE POWER ... 167
DQZATE ... 98
DRISDOL ... 202
DRISTAN ... 136
DRIZALMA SPRINKLE ... 155
dronabinol ... 92
drospiren-eth estrad-levomefol ... 72
drospirenone-ethinyl estradiol ... 72
DROXIA ... 109
droxidopa ... 64
drxchoice gas relief ... 93
DRY EYE FORMULA ... 202
dry eye relief drops ... 116
dss ... 98
DULCOLAX ... 98
DULCOLAX MILK OF MAGNESIA ... 98
DULCOLAX PINK LAXATIVE ... 98
DULCOLAX PINK STOOL SOFTENER ... 98
DULCOLAX STOOL SOFTENER ... 98
DULERA ... 128
duloxetine hcl ... 155
DUOCAL ... 167
DUPIXENT ... 28
DURABASE ... 66
DURABASE ADVANCED ... 66
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN ... 72
DUREX REALFEEL ... 72
DUREX TROPICAL ... 72
dutasteride ... 108
dutasteride-tamsulosin hcl ... 108
D-VI-SOL ... 202
d-vite pediatric ... 202
DYNA-HEX 4 ... 242
e 1000 ... 202
E.E.S. 400 ... 56
e200 ... 202
e-200 ... 202
e400 ... 202
e-400 ... 202
e-400-clear ... 202
ear drops ... 247
ear drops earwax aid ... 247
ear wax removal drops ... 247
ear wax removal kit ... 247
ear wax removal system ... 247
earwax removal ... 247
earwax removal kit ... 247
earwax treatment drops ... 247
EASIVENT ... 130
EASIVENT MASK LARGE ... 130
EASIVENT MASK MEDIUM ... 130
EASIVENT MASK SMALL ... 130
EASY-C ... 202
EASY-C IMMUNE HEALTH ... 202
easy-lax ... 98
easy-lax plus ... 98
econazole nitrate ... 235
ECONTRA ONE-STEP ... 85
ECOTRIN ... 41
ECOTRIN ARTHRTIS PAIN ... 41
ECOTRIN LOW STRENGTH ... 41
ed chlorped jr ... 123
ed-a-hist dm ... 136
ed-apap ... 41
EDURANT ... 48
EDURANT PED ... 48
efavirenz ... 48
efavirenz-emtricitab-tenofo df ... 49
efavirenz-lamivudine-tenofovir ... 49
effervescent antacid/pain rel ... 41
EGG/PRO ... 167
ELDERTONIC ... 202

ELECARE ... 167
ELECARE DHA/ARA ... 167
ELECARE DHA/ARA INFANT ... 167
ELECARE JR ... 167
ELFOLATE ... 202
ELFOLATE PLUS ... 202
ELIGARD ... 18
ELINEST ... 72
ELIQUIS ... 108
ELIQUIS (1.5 MG PACK) ... 108
ELIQUIS (2 MG PACK) ... 108
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ... 108
ELITE-OB ... 202
ellume covid-19 home test ... 51
ELON SKIN REPAIR SYSTEM ... 242
ELURYNG ... 72
EMERGEN-C APPLE CIDER VINEGAR ... 202
EMERGEN-C ASHWAGANDHA ... 202
EMERGEN-C ELDERBERRY ... 202
EMERGEN-C IMMUNE PLUS/VIT D ... 202
emergen-c immune+ ... 202
EMERGEN-C IMMUNE+ ELDERBERRY ... 202
EMERGEN-C KIDZ DAILY IMMUNE ... 202
emergen-c kidz immune+ ... 202
EMERGEN-C TURMERIC & GINGER ... 202
EMERGEN-C VITAMIN C ... 202
EMGALITY ... 161
EMGALITY (300 MG DOSE) ... 161
EMOLIVAN ... 66
EMOLLIA-CREME ... 242
emollient base ... 66
EMSAM ... 155
emtricitabine ... 48
emtricitabine-tenofovir df ... 49
emtricitab-rilpivir-tenofov df ... 49
EMTRIVA ... 48
EMVERM ... 51
EMZAHH ... 72
enalapril maleate ... 65
enalapril-hydrochlorothiazide ... 63
ENBREL ... 28
ENBREL MINI ... 28
ENBREL SURECLICK ... 28
ENCALA ... 167
ENCARE ... 106
endit ... 242
ENDOCET ... 37
ENDUR-ACIN ... 202
ENDUR-C ... 202
enema disposable ... 98
enema ready-to-use ... 98
ENEMEEZ KIDS ... 98
ENEMEEZ MINI ... 98
ENEMEEZ PLUS ... 98
energy b12 ... 202
ENFAMIL ENFALYTE ... 181
ENFAMIL EXPECTA ... 202
ENFAMIL POLY-VI-SOL-IRON ... 203
ENGERIX-B ... 32
ENILLORING ... 72
ENLIVE ... 167
enoxaparin sodium ... 108
ENSACOVE ... 20
ENSKYCE ... 72
ENSTILAR ... 237
ENSURE ... 168
ENSURE ACTIVE ... 167
ENSURE ACTIVE HEART HEALTH ... 167
ENSURE ACTIVE HIGH PROTEIN ... 167
ENSURE ACTIVE LIGHT ... 167
ENSURE BONE HEALTH REVIGOR ... 167
ENSURE CLEAR ... 167
ENSURE CLINICAL ST REVIGOR 167
ENSURE COMPACT ... 167
ENSURE COMPLETE ... 167
ENSURE COMPLETE SHAKE ... 167
ENSURE ENLIVE ... 167
ENSURE HEALTHY MOM ... 167
ENSURE HIGH CALCIUM ... 167
ENSURE HIGH PROTEIN ... 167
ENSURE IMMUNE HEALTH ... 167
ENSURE MAX PROTEIN ... 167
ENSURE MUSCLE HEALTH REVIGOR ... 167
ENSURE NUTRA SHAKE HI-CAL ... 167
ENSURE NUTRITION SHAKE ... 167
ENSURE ORIG THERAPEUTIC NUTRI ... 168
ENSURE ORIGINAL ... 168
ENSURE ORIGINAL/FIBER ... 168
ENSURE PLANT-BASED PROTEIN ... 168
ENSURE PLUS ... 168
ENSURE PLUS HIGH PROTEIN ... 168
ENSURE PLUS HN ... 168
ENSURE PLUS WITH FIBER ... 168
ENSURE PRE-SURGERY ... 168
ENSURE SURGERY ... 168
ENSURE SURGICAL NUTRITION 168
ENSURE/FIBER ... 168
entacapone ... 153
entecavir ... 54
ENTERADE ... 168
ENTERADE IBS-D ... 168
ENTRESTO ... 62
ENU COMPLETE NUTRITION SHAKE ... 168
ENU NUTRITIONAL SHAKE ... 168
ENU PRO3 PLUS ... 168
enulose ... 98
EO28 SPLASH ... 168
EPCLUSA ... 54
EPIDIOLEX ... 150
epinephrine ... 64, 130
eplerenone ... 59
epsom salt ... 98
eq 12 hour mucus relief ... 136
eq 8hr arthritis pain relief ... 41
eq acetaminophen ... 41
eq all day allergy relief ... 123
eq allerg relief child (cetir) ... 123
eq allerg relief child (lorat) ... 123
eq allergy & congestion relief ... 136
eq allergy childrens ... 123
eq allergy relief ... 123, 137
eq allergy relief (cetirizine) ... 123
eq allergy relief childrens ... 123
EQ ALLERGY RELIEF NASAL DECONG ... 136, 137
eq antacid ... 88
eq antacid maximum strength ... 88
eq anti-diarrheal ... 90
eq antifungal ... 235
eq arthritis pain ... 41
eq artificial tears ... 116
eq aspirin ... 41
eq aspirin adult low dose ... 41
eq aspirin low dose ... 41
eq athletes foot ... 235
eq athletes foot (terbinafine) ... 235
eq athletes foot (tolnaftate) ... 235
eq athletes foot ultra ... 235
eq bacitracin zinc ... 233
eq calcium 500+d ... 185
eq calcium 600+d ... 185
eq calcium 600+d+minerals ... 185
eq calcium citrate+d ... 185
eq calcium citrate+d3 ... 185
eq calcium citrate+d3 petites ... 185
eq cetirizine hcl ... 123
EQ CLEARLAX ... 98
eq complete multivit adult 50+ ... 203
eq complete multivitamin child ... 203
eq complete multivitamin-adult ... 203
eq cough & chest congestion dm ... 137
eq cough childrens ... 137
eq cough dm ... 137
eq d3 drops infants/childrens ... 203
eq daily fiber ... 98
eq ear wax removal aid ... 247
eq earwax removal aid ... 247
eq enema ... 98
eq eye allergy relief ... 114
eq fiber therapy ... 98
eq first aid antiseptic ... 242
eq gas relief ... 93
eq gas relief extra strength ... 93
eq gas relief ultra strength ... 93

eq gentle laxative 98
eq ibuprofen 35
eq ibuprofen childrens 35
eq ibuprofen junior 35
eq infants gas relief 93
eq jock itch 235
eq laxative 98
eq lidocaine pain relieving 242
eq loperamide hcl 90
eq loratadine 123
eq loratadine childrens 123
eq lubricant eye drops 117
eq miconazole 1 106
eq miconazole 3-day combo 106
eq miconazole 7 106
eq mineral oil 98
EQ MUCUS ER 137
eq mucus relief 137
eq mucus relief 12 hour max st 137
eq mucus relief congest/cough 137
eq mucus relief dm 137
eq multi-symptom cold children 137
eq multivitamin gummies 203
eq multivitamins adult gummy 203
eq multivitamins gummy child 203
eq nasal spray 137
eq nasal spray fast acting 137
eq natural vegetable laxative 98
eq nicotine 163
eq nicotine polacrilex 163
eq nicotine step 3 163
eq nutritional shake 168
eq nutritional shake plus 168
eq one daily mens 50+ 203
eq one daily mens health 203
EQ ONE DAILY WOMENS 50+ 203
eq one daily womens health 203
eq pain & fever childrens 41
eq pain & fever infants 41
eq pain relief/rapid burst 41
eq pain reliever 42
eq pain reliever ex st 41
eq povidone-iodine 242
eq restore plus lubricant eye 117
eq restore tears 117
eq senna-s 98
eq sinus & congestion max str 137
eq sinus 12-hour 137
eq slow-release iron 110
eq space chamber anti-static 130
eq space chamber anti-static l 130
eq space chamber anti-static m 130
eq space chamber anti-static s 130
eq stomach relief 90
eq stool softener 98
eq stool softener extra str 98
eq stool softener/laxative 98
eq therapeutic dry skin 243
eq therapeutic moisturizing 243
eq triple antibiotic 233
eq tussin dm max adult 137
eq tussin dm max daytime 137
eq vegetable laxative 99
eq vision formula 50+ 203
eq weight loss shake 168
eql acetaminophen 42
eql acetaminophen childrens 42
eql acetaminophen ex st 42
eql all day allergy 123
eql all day allergy childrens 123
eql allergy 123
eql allergy relief 123
eql allergy/congestion relief 137
eql antacid 88
eql anti-diarrheal 90
eql aspirin ec 42
eql aspirin low dose 42
eql athletes foot 235
eql athletes foot(terbinafine) 235
eql b complex 50 203
eql b-12 203
eql b-6 203
eql bacitracin zinc 233
eql biotin 203
eql calcium citrate/vitamin d 185
eql calcium citrate/vitamin d3 185
eql calcium/vitamin d 185
eql calcium/vitamin d3 185
eql century 203
eql century mature 203
eql century mature adults 50+ 203
eql century mature men 50+ 203
eql century mature women 50+ 203
eql century mens 203
eql century womens 203
eql child multivit/minerals 203
eql childrens allergy 123
eql childrens ibuprofen 35
EQL CLEARLAX 99
eql coq10 168
eql cough dm 137
eql dry mouth oral rinse 230
eql ethyl alcohol (rubbing) 66
eql fiber laxative 99
eql fiber therapy 99
eql first aid antibiotic 233
eql gas gone 93
eql gas relief 93
eql gentle laxative 99
eql gummies childrens 203
eql ibuprofen 35
eql ibuprofen infants 35
eql iron supplement therapy 110
eql laxative 99
eql laxative maximum strength 99
eql lice killing max st 239
eql menstrual relief max st 42
eql miconazole 3 106
eql miconazole 7 106
eql moisturizing 243
eql mucus-dm 137
eql nasal decongestant 137
eql nasal decongestant pe 137
eql nasal spray 12 hour 137
eql nasal spray fast acting 137
eql nasal spray no drip 137
eql natural fiber 99
eql natural zinc 185
eql one daily adult gummies 203
eql one daily mens 203
eql one daily mens 50+ advance 203
eql one daily mens health 203
eql one daily womens 50+ adv 203
eql prenatal formula 203
eql ready-to-use enema 99
eql senna laxative 99
eql senna-s 99
eql slow release iron 110
eql smooth texture fiber 99
eql stomach relief 90
eql stomach relief max st 90
eql stool softener 99
eql super b complex/vitamin c 203
eql tussin cough/chest congest 137
eql tussin cough/chest dm max 138
eql vapor nasal decongestant 138
eql vision formula 203
eql vitamin b-12 203
eql vitamin b-12 tr 203
eql vitamin c 204
eql vitamin c drops 204
eql vitamin c gummies 204
eql vitamin c/rose hips 204
eql vitamin d3 204
eql vitamin e 204
equacare jr 168
EQUALYTE 181
EQUATE 168
EQUATE PLUS 168
ergocalciferol 204
ergotamine-caffeine 161
ERIVEDGE 20
ERLEADA 18
erlotinib hcl 20
ERRIN 72
ertapenem sodium 52
ery 232
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 56
erythromycin 57, 115, 232
erythromycin base 57
erythromycin ethylsuccinate 57
erythromycin lactobionate 57
ERZOFRI 157
escitalopram oxalate 155
eslicarbazepine acetate 150
esomeprazole magnesium 96
ESSENTIA 204

essential balance 204
ESSENTIAL CARE JR 168
ESTARYLLA 72
ESTER-C 204
estradiol 83
estradiol valerate 84
estradiol-norethindrone acet 84
ESTROFACTORS 204
eszopiclone 161
ethambutol hcl 49
ethosuximide 150
ethyl alcohol (rubbing) 66
ethynodiol diac-eth estradiol 72
etodolac 35
etodolac er 35
etonogestrel-ethinyl estradiol 72
etoposide 27
etravirine 48
eucerin advanced repair 243
EUCERIN ADVANCED REPAIR HAND 243
EUCERIN CALMING DAILY MOIST 243
EUCERIN DAILY HYDRATION 243
EUCERIN PLUS 243
EUCERIN REDNESS RELIEF NIGHT 243
EUCERIN ROUGHNESS RELIEF 243
EUCERIN SKIN CALMING 243
EUCRISA 243
EULEXIN 19
EVAC 99
EVAC-U-GEN 99
everolimus 20, 32
EVOTAZ 49
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 77
exemestane 19
EX-LAX MAXIMUM STRENGTH 99
EX-LAX ULTRA 99
EXPEDITE 168
EXXUA 155
EXXUA TITRATION PACK 155
eye allergy relief 114
eye health 204
eye health + lutein 204
eye health areds 2 204
eye multivitamin/sodium 204
EYE VITAMINS 204
EYES ALIVE 117
EYE-VITES 204
EYSUVIS 117
ezetimibe 60
ezetimibe-simvastatin 60
FABRAZYME 82
fagron ls plus 66
fagron natural 66
fagron supreme 66
FALMINA 72
famciclovir 54
famotidine 86
famotidine (pf) 86
famotidine premixed 86
FANAPT 157
FANAPT TITRATION PACK A 157
FANAPT TITRATION PACK B 157
FANAPT TITRATION PACK C 158
FANTASY LUBRICATED 72
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE 72
FARXIGA 79
FASENRA 130
FASENRA PEN 130
fastep covid-19 antigen test 52
fa-vitamin b-6-vitamin b-12 204
FC2 FEMALE CONDOM 72
FEIRZA 1.5/30 72
FEIRZA 1/20 72
felbamate 150
felodipine er 61
fem-cal citrate 185
FEMQUIL 204
fenofibrate 60
fenofibrate micronized 59
fentanyl 37
FEOSOL 110
FERAHEME 110
FERATE 110
FERGON 110
FER-IN-SOL 110
FEROSUL 110
ferotrinsic 110
FERRALET 90 110
ferretts 110
FERREX 150 110
ferric x-150 110
FERRIMIN 150 110
FERRLECIT 110
ferrotabs 110
ferrous fumarate 111
ferrous gluconate 111
ferrous sulfate 111
ferrous sulfate er 111
ferumoxytol 111
fesoterodine fumarate er 105
FETZIMA 155
FETZIMA TITRATION 155
FEVERALL CHILDRENS 42
FEVERALL INFANTS 42
FEVERALL JUNIOR STRENGTH 42
fe-vite iron 111
fexofenadine hcl 123
FIASP 78
FIASP FLEXTOUCH 78
FIASP PENFILL 78
FIASP PUMPCART 78
fiber 99
FIBER FLOW 168
fiber laxative 99
fiber laxative + calcium 99
FIBERCON 99
fiber-lax 99
FIBERSOURCE HN 168
fidaxomicin 57
finasteride 108
FINAZOL 204
FINEST NUTRITION VITAMIN B-12 204
finest nutrition vitamin d3 204
fingolimod hcl 153
FINTEPLA 150
FINZALA 72
FIRMAGON 19
FIRMAGON (240 MG DOSE) 19
first aid antibiotic 233
first aid antiseptic 243
FITALITE 66
FITNESS TABS FOR MEN AM/PM 204
FITNESS TABS FOR WOMEN AM/PM 204
FLAC 119
flavor plus 66
FLEBOGAMMA DIF 31
flecainide acetate 59
FLEET ENEMA 99
FLEET LAXATIVE MINERAL OIL 99
FLEET STIMULANT 99
FLEET STOOL SOFTENER 99
flex base 66
FLEXGEN 204
FLEXICHAMBER 130
FLINTSTONES + EXTRA IRON 204
FLINTSTONES COMPLETE 204
FLINTSTONES GUMMIES COMPLETE 204
FLINTSTONES GUMMIES-IMMUNITY 204
FLINTSTONES PLUS EXTRA IRON 204
FLINTSTONES/MY FIRST 204
FLINTSTONES-IMMUNITY SUPPORT 205
FLORIVA PLUS 205
FLORRAXYL 205
FLOTREX 205
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST 52
fluconazole 50
fluconazole in sodium chloride 50
flucytosine 50
fludrocortisone acetate 84
flunisolide 132
fluocinolone acetonide 119, 238
fluocinolone acetonide body 238
fluocinolone acetonide scalp 238
fluocinonide 238

fluocinonide emulsified base 238
FLUORIDEX DAILY RENEWAL 230
fluorometholone 115
fluorouracil 26, 243
fluoxetine hcl 156
fluphenazine decanoate 158
fluphenazine hcl 158
flurbiprofen 35
flurbiprofen sodium 115
fluticasone propionate 132, 238
fluticasone-salmeterol 128
fluvoxamine maleate 154
folate 205
folatexcel 205
folawise 205
folbee 205
folbee plus 205
FOLBIC 205
folding paddle walker 163
folic acid 205
FOLITAB 500 111
FOLIVANE-F 111
FOLIVANE-PLUS 111
folplex 2.2 205
FOLTABS 800 205
FOLTANX 205
foltrin 111
fondaparinux sodium 108
formaldehyde 243
FORTA DRINK 168
FORTA SHAKE 168
fosamprenavir calcium 48
fosfomycin tromethamine 52
fosinopril sodium 65
fosinopril sodium-hctz 63
FOTIVDA 21
fraiche 5000 dental 230
freedavite 205
freedom adaptaderm 66
freedom derma serum 66
FREEDOM DERMA-D 66
FREEDOM DERMA-N 66
FRINDOVYX 18
fruit c 205
fruit c 500 205
fruity c 205
fruity chews 205
fruity chews/iron 205
FRUZAQLA 21
ft 12 hour cough relief 138
ft 7 day vaginal 106
ft 8 hour pain relief 42
ft adult multi gummies 205
ft all day allergy 123
ft all day allergy 24 hour 123
ft all day allergy childrens 123
ft all day allergy relief 123
ft all day allergy-d 138
ft allergy childrens 123
ft allergy d-12 hour 138
ft allergy relief 123
ft allergy relief 12 hour 123
ft allergy relief 24 hour 123
ft allergy relief cetirizine 123
ft allergy relief childrens 123
ft allergy relief loratadine 123
ft allergy relief-d 138
ft ammonium lactate 243
ft antacid & antigas 88
ft antacid regular strength 88
ft antibiotic 233
ft anti-diarrheal 90
ft antifungal 235
ft anti-itch extra strength 243
ft antiseptic skin cleanser 243
ft arthritis pain reliever 42
ft aspirin 42
ft aspirin low dose 42
ft athletes foot (clotrimaz) 235
ft athletes foot (terbinafine) 235
ft b-complex plus vitamin c 205
ft biotin 205
ft calamine 243
ft calcium 186
ft calcium + vitamin d3 185
ft calcium 600+vit d3/minerals 185
ft calcium citrate +vitamin d3 186
FT CALCIUM CITRATE/VIT D3 186
ft calcium citrate+d3 petites 186
FT CALCIUM/VITAMIN D3 186
FT CALCIUM+D3 186
ft calcium-magnesium-zinc-d3 186
ft century 50+ 205
ft century adults 205
ft century men 205
ft century men 50+ 205
ft century women 205
ft century women 50+ 205
ft childrens multi 205
ft childrens multi plus immune 205
ft children's pain/fever 42
ft clearlax 99
ft clotrimazole 106
ft clotrimazole 3 106
ft co q-10 168
ft co q-10 rapid release 168
ft double antibiotic 233
ft earwax removal 247
ft earwax removal kit 247
ft electrolyte 181
ft enema 99
ft enteric coated aspirin 42
ft epsom salt 99
ft ethyl rubbing alcohol 66
ft eye health 205
ft fiber 99
ft fiber laxative 99
ft fiber supplement 99
ft folic acid 205
ft gas relief 93
ft gas relief extra strength 93
ft gas relief infants 93
ft gas relief ultra strength 93
ft gentle laxative 99
ft hair skin & nails extra str 205
ft ibuprofen 35
ft ibuprofen childrens 35
ft ibuprofen ib childrens 35
ft ibuprofen infants 35
ft immune support 206
ft iron 111
ft iron slow release 111
ft laxative 99
ft lice killing max st 239
ft lubricant eye drops 117
ft magnesium 186
ft magnesium oxide 186
ft melatonin 168
ft miconazole 3 comb pack-supp 106
ft miconazole 3 combo pack 106
ft miconazole 7 106
ft milk of magnesia 100
ft mineral oil 100
ft mucus relief 12hr 138
ft mucus relief 12hr max str 138
ft mucus relief dm 138
ft nasal decongestant max str 138
ft nasal decongestant pe 138
ft nasal spray 138
ft nicotine 163
ft nicotine mini 163
ft one daily mens 206
ft one daily mens 50+ 206
ft one daily womens 206
ft one daily womens 50+ 206
ft pain & fever childrens 42
ft pain & fever infants 42
ft pain relief 35, 42
ft pain relief adult extra st 42
ft pain relief extra strength 42
ft pain relief max strength 243
ft pain reliever adults 42
ft pain reliever children 42
ft pain reliever ex str adult 42
ft phenolated calamine 243
ft povidone-iodine 243
ft prenatal 206
ft rapid release pain relief 42
ft senna laxative 100
ft senna laxatives 100
ft senna-s 100
ft stomach relief 90
ft stool softener 100
ft triple antibiotic 233
ft triple antibiotic + pain 233
ft tussin adult 138
ft tussin cf adult 138

ft tussin dm 138
ft tussin dm adult 138
ft tussin dm max adult 138
ft vapor inhaler 138
ft vitamin a 206
ft vitamin b-1 206
ft vitamin b-12 206
ft vitamin b-12 extra strength 206
ft vitamin b-12 pr 206
ft vitamin b-6 206
ft vitamin c 206
ft vitamin c/rose hips 206
ft vitamin d3 206
ft vitamin d3 rapid release 206
ft vitamin e 206
ft zinc chelated 186
full spectrum b/vitamin c 206
FULPHILA 109
fulvestrant 19
fungi-guard 236
FUNGOID TINCTURE 236
furosemide 63
FUSION 111
FUSION PLUS 111
FYAVOLV 84
FYCOMPA 150
g tussin ac 138
GA 169
GA-1 ANAMIX EARLY YEARS 169
gabapentin 150, 162
galantamine hydrobromide 154
galantamine hydrobromide er 154
GALBRIELA 72
GALLIFREY 85
GAMASTAN 31
GAMMAGARD 31
GAMMAGARD S/D LESS IGA 31
GAMMAKED 31
GAMMAPLEX 31
GAMUNEX-C 31
ganciclovir sodium 54
GARDASIL 9 33
gas relief 94
gas relief extra strength 93, 94
gas relief infants 94
gas relief ultra strength 94
GAS-X EXTRA STRENGTH 94
GAS-X INFANT DROPS 94
GAS-X MAXIMUM STRENGTH 94
GAS-X ULTRA STRENGTH 94
gatifloxacin 115
GATTEX 94
gavilax 100
GAVILYTE-C 100
GAVILYTE-G 100
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK 100
GAVRETO 21
gcon dmx 138
gcon ir 138
gefitinib 21
GELATEIN MCT 169
GELUSIL 88
gemcitabine hcl 26
gemfibrozil 60
GEMTESA 105
GENABIO COVID-19 RAPID TEST 52
genadek step 1 206
genadek step 2 206
generlac 100
GENGRAF 32
GENOTROPIN 82
GENOTROPIN MINIQUICK 82
gentamicin in saline 52
gentamicin sulfate 52, 115, 233
GENTEAL SEVERE 117
GENTEAL TEARS 117
GENTEAL TEARS MODERATE PF 117
GENTEAL TEARS PF 117
GENTEAL TEARS SEVERE DAY/NIGHT 117
gentle laxative 100
genuine aspirin 42
GENVOYA 49
geri-dryl 123
geri-freeda senior formula 206
geri-kot 100
geri-lanta 88
geri-lanta maximum strength 88
geri-mox 88
geri-mox maximum strength 88
geri-mucil 100
GERITOL COMPLETE 206
geri-tussin 138
geri-tussin dm 138
gerivite complete 206
GILOTRIF 21
GILTUSS COUGH & CHEST 138
GILTUSS COUGH & CHEST CHILDREN 138
GILTUSS COUGH & COLD 139
GILTUSS COUGH & COLD CHILDRENS 138
GILTUSS DIABETIC COUGH & COLD 139
GILTUSS EX EXPECTORANT CHILD 139
GILTUSS EX MAXIMUM STRENGTH 139
GILTUSS HONEY CGH/CHEST CONGES 139
GILTUSS HONEY CGH/CHST CHILD 139
GILTUSS SEVERE SINUS 139
GILTUSS SINUS & CONGESTION 139
glatiramer acetate 153
GLATOPA 153
GLEOSTINE 18
glimepiride 79
glipizide 79
glipizide er 79
glipizide-metformin hcl 79
global alcohol prep ease 78
GLUCERNA 169
GLUCERNA 1.0 CAL 169
GLUCERNA 1.0 CAL/CARBSTEADY 169
GLUCERNA 1.0 CAL/FIBER 169
GLUCERNA 1.2 CAL 169
GLUCERNA 1.5 CAL 169
GLUCERNA 1.5 CAL/CARBSTEADY 169
GLUCERNA ADVANCE SHAKE 169
GLUCERNA CARBSTEADY 169
GLUCERNA HUNGER SMART SHAKE 169
GLUCERNA OS 169
GLUCERNA SELECT 169
GLUCERNA SHAKE 169
GLUCERNA SNACK SHAKE 169
GLUCERNA WEIGHT LOSS SHAKE 169
GLUCO TO GO 15 70
glucose 70
glutamine 169
GLUTAREX-1 169
GLUTAREX-2 169
GLUTOSE 5 70
glycerin (adult) 100
glycerin (child) 100
glycerin (infants & children) 100
glycerin (pediatric) 100
glycerin adult 100
glycerin childrens 100
GLYCOLAX 100
glycopyrrolate 93
GLYCOTROL 206
GLYCOTROL COMPLETE 206
GLYDO 232
GLYTACTIN BETTERMILK 169
GLYTACTIN RESTORE 10 169
GLYTACTIN RESTORE LITE 10 169
GLYTACTIN RTD 10 169
GLYTACTIN RTD 15 169
GLYTACTIN RTD LITE 15 169
GLYTROL PREBIO1 169
GLYXAMBI 79
gnp 8 hour arthritis relief 42
gnp 8 hour pain relief 42
gnp 8 hour pain reliever 42
gnp acetaminophen 43
gnp adapalene 232
gnp adult aspirin low strength 43
gnp adult mini 206
gnp alcohol denatured 66

gnp all day allergy 124
gnp all day allergy childrens 124
gnp all day allergy-d 139
gnp allergy 124
gnp allergy & congestion 139
gnp allergy relief 124
gnp allergy relief 24 hr 124
gnp allergy relief max st 124
gnp allergy/congestion relief 139
gnp antacid 88
gnp antacid & anti-gas 88
gnp antacid regular strength 88
gnp antibacterial urinary pain 52
gnp anti-diarrheal 90
gnp anti-gas 94
gnp anti-itch 243
gnp antiseptic skin cleanser 243
gnp artificial tears 117
gnp aspirin 43
gnp aspirin low dose 43
gnp athletes foot 236
gnp b-12 206
gnp bacitracin zinc 233
gnp biotin 206
gnp cal mag zinc +d3 186
gnp calamine 243
gnp calamine phenolated 243
gnp calcium 186
gnp calcium 500 +d3 186
gnp calcium 600 +d 186
gnp calcium 600 +d/minerals 186
gnp calcium 600 +d3 186
gnp calcium citrate +d3 186
gnp calcium citrate+d3 petites 186
gnp century adult 206
gnp century adult formula 206
gnp century adults men 206
gnp century adults women 207
gnp century mature adults 50+ 207
gnp century mature men's 50+ 207
gnp century mature women's 50+ 207
gnp childrens allergy 124
gnp childrens chewables/ex c 207
gnp childrens chewables/iron 207
gnp childrens ibuprofen 35
gnp children's pain & fever 43
gnp childrens/extra c 207
GNP CLEARLAX 100
gnp clotrimazole 3 107
gnp co q10 169
gnp co q-10 169
gnp cough dm er 139
gnp cough relief childrens 139
gnp d 1000 207
gnp d3 207
gnp earwax removal drops 247
gnp earwax removal kit 247
gnp electrolyte solution 181
gnp epsom salt 100
gnp essential one daily 207
gnp ethyl rubbing alcohol 66
gnp eye drops 117
gnp eye drops long lasting 117
gnp fexofenadine hcl 124
gnp fiber 100
gnp fiber-caps 100
gnp folic acid 207
gnp gas relief 94
gnp gas relief extra strength 94
gnp gentle laxative 100
gnp glycerin (adult) 100
gnp glycerin child 100
gnp hair/skin/nails 207
gnp healthy eyes 207
gnp healthy eyes supervision 2 207
gnp ibuprofen 36
gnp ibuprofen childrens 35
gnp ibuprofen infants 35
gnp immune support 207
gnp infant gas relief 94
gnp infants pain/fever 43
gnp iron 111
gnp lice killing 239
gnp lice treatment 239
gnp lidocaine pain relief 243
gnp little ones childrens 207
gnp loperamide hcl 90
gnp loratadine 124
gnp loratadine childrens 124
gnp loratadine-d 12hr 139
gnp lubricant eye drops (pf) 117
gnp magnesium oxide 88, 186
gnp mega multi for men 207
gnp mega multi for women 207
gnp melatonin 169
gnp melatonin maximum strength 169
gnp miconazole 1 107
gnp miconazole 3 107
gnp miconazole 7 107
gnp miconazorb af 236
gnp milk of magnesia 100
gnp mineral oil 100
gnp mucus dm 139
gnp mucus er 139
gnp multi childrens 207
gnp nasal decongestant 139
gnp nasal decongestant pe 139
gnp nasal four spray 139
gnp nasal spray 139
gnp nasal spray fast acting 139
gnp natural fiber 101
gnp nicotine 163
gnp nicotine mini 163
gnp nicotine polacrilex 163
gnp no drip nasal spray 139
gnp one daily maximum 207
gnp one daily mens health 50+ 207
gnp one daily mens/lycopene 207
gnp one daily womens 207
gnp one daily womens 50+ 207
gnp pain & fever childrens 43
gnp pain & fever infants 43
gnp pain relief 43
gnp pain relief extra strength 43
gnp pain relief nighttime 163
gnp petroleum jelly 66
gnp pink bismuth 90
gnp pink bismuth ultra str 90
gnp povidone-iodine 243
gnp prenatal 207
gnp prenatal/folic acid 207
gnp rubbing alcohol 66
gnp senna lax 101
gnp senna plus 101
gnp sinus wash neti pot 130
gnp sinus wash refill 130
gnp squeeze bottle sinus relie 130
gnp stomach relief 90
gnp stool softener 101
gnp stool softener/laxative 101
gnp terbinafine hydrochloride 236
gnp therapeutic-m 207
gnp tolnaftate 236
gnp triple antibiotic 233
gnp triple antibiotic plus 233
gnp tussin adult 139
gnp tussin cf cough & cold 139
gnp tussin dm 140
gnp tussin dm max 139
gnp vitamin a 207
gnp vitamin b-1 207
gnp vitamin b-12 207
gnp vitamin b-6 207
gnp vitamin c 207
gnp vitamin c drops 207
gnp vitamin c w/rose hips 208
gnp vitamin c/rose hips 208
gnp vitamin d 208
gnp vitamin d maximum strength 208
gnp vitamin d super strength 208
gnp vitamin d3 208
gnp vitamin d3 extra strength 208
gnp vitamin d-400 208
gnp vitamin e 208
gnp vitamin health b12 208
gnp womens gentle laxative 101
gnp zinc chelated 186
gnp zinc oxide 243
GOLD BOND CREPE CORRECTOR 243
GOLD BOND DIABETICS DRY SKIN 243
GOLD BOND ESSENTIALS MENS 243
GOLD BOND HEALING HAND 243
GOLD BOND RADIANCE RENEWAL 244

GOLD BOND ULT ROUGH/BUMPY SKIN 244
GOLD BOND ULTIMATE HEALING 244
GOLD BOND ULTIMATE SOOTHING 244
GOMEKLI 21
goodsense advanced antacid 88
goodsense all day allergy 124
goodsense all day allergy-d 140
goodsense aller-ease 124
goodsense allergy relief 124
goodsense allergy relief child 124
goodsense antacid 88
goodsense antacid & gas relief 88
goodsense anti-diarrheal 90
goodsense arthritis pain 43
goodsense artificial tears 117
goodsense aspirin 43
goodsense aspirin low dose 43
goodsense athletes foot 236
goodsense bisacodyl laxative 101
GOODSENSE CLEARLAX 101
goodsense cough dm 140
goodsense cough dm childrens 140
goodsense ear wax kit 247
goodsense ear wax removal 247
goodsense electrolyte 181
goodsense electrolyte adv care 181
goodsense enema 101
goodsense epsom salt 101
goodsense fiber laxative 101
goodsense first aid antibiotic 233
goodsense gas relief 94
goodsense gas relief extra st 94
goodsense ibuprofen 36
goodsense ibuprofen childrens 36
goodsense ibuprofen infants 36
GOODSENSE IRON 111
goodsense laxative pills 101
goodsense lice killing 239
goodsense lice killing max str 239
goodsense loratadine 124
goodsense lubricating plus pf 117
goodsense menstrual relief 43
goodsense milk of magnesia 101
goodsense mineral oil 101
goodsense mucus er 140
goodsense mucus er maximum str 140
goodsense mucus relief child 140
goodsense mucus/congest/cough . 140
goodsense nicotine 163
goodsense nutrisure original 169
goodsense nutrisure plus 169
goodsense oral pain relief 230
goodsense pain & fever child 43
goodsense pain & fever infants 43
goodsense pain relief 43
goodsense pain relief extra st 43
goodsense petroleum jelly 66
goodsense psyllium fiber 101
goodsense senna laxative 101
goodsense stimulant lax plus 101
goodsense stomach relief 90
goodsense stool softener 101
goodsense tussin cf 140
goodsense tussin dm 140
goodsense tussin dm max 140
goodsense ultra lubricant drop 117
goodsense vapor 140
GOTOKNOW COVID-19 ANTIGEN RAPI 52
granisetron hcl 92
griseofulvin microsize 50
griseofulvin ultramicrosize 50
growing bones & muscles kids 208
g-supress dx pediatric 140
G-TRON PED 140
G-TRON PEDIATRIC DROPS 140
G-TUSICOF 140
guaiasorb dm 140
guaiatussin ac 140
guaifed 140
guaifed-dm 140
guaifenesin 140
guaifenesin dm 140
guaifenesin er 140
guaifenesin-codeine 140
guaifenesin-dm 140
guanfacine hcl 64
guanfacine hcl er 160
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/MIN 208
GYNAZOLE-1 107
G-ZYNCOF 140
HABITROL 163
HADLIMA 28
HADLIMA PUSHTOUCH 28
HAEGARDA 109
haelan 951 fermented soy 170
haelan htpi fermented soy 170
HAILEY 1.5/30 72
HAILEY 24 FE 72
HAILEY FE 1/20 72
hair skin & nails 208
hair skin & nails advanced 208
hair skin and nails formula 208
hair skin nails 208
hair/skin/nails 208
halobetasol propionate 238
haloperidol 158
haloperidol decanoate 158
haloperidol lactate 158
HARD NAILS 208
HAVRIX 33
HCU ANAMIX EARLY YEARS 170
HCU ANAMIX NEXT 170
HCU COOLER 170
HCU COOLER15 170
HCU LOPHLEX LQ 170
HCU MAXAMUM 170
HCY 1 170
HCY 2 170
head care proactive health 208
HEALTH SOURCE 170
HEALTHWISE PAIN RELIEF 244
HEALTHY ACCENTS NUTRA FIT 170
HEALTHY ACCENTS NUTRA FIT PLUS 170
healthy eyes 208
healthy eyes supervision 2 208
healthy eyes/lutein-zeaxanthin 208
healthy hair/skin/nails 208
HEALTHY MAMA SHAKE THAT ACHE 43
HEALTHY MAMA TAME THE FLAME 88
HEALTHYLAX 101
heart savior 208
heartland gas relief 94
HEATHER 72
h-e-b aspirin 43
h-e-b childrens allergy 124
h-e-b oral electrolyte 181
HEMATEX 111
hematinic/folic acid 111
HEMATOGEN 111
HEMATOGEN FA 111
HEMATOGEN FORTE 111
HEMOCYTE PLUS 111
heparin (porcine) in nacl 108
heparin sodium (porcine) 108
heparin sodium (porcine) pf 109
HEPLISAV-B 33
HERBAL EXPEC 140
HERCEPTIN 21
HERCEPTIN HYLECTA 21
HERCESSI 21
HERNEXEOS 21
HERZUMA 21
hi c-500 208
HIBERIX 33
HIBICLENS 244
HI-CAL 170
high absorption magnesium 186
high potency e 208
high potency iron 111
high potency multivit/fa 208
high-protein nutritional shake 170
hi-kovite 2-part formula 208
hm enema 101
hm mucus relief er max st 141
hm petroleum jelly 66
HOM 2 170
HOMACTIN AA PLUS 170
HOMINEX-1 170
HOMINEX-2 170

HONEY BEARS W/IRON-ZINC 208
HUMIRA (2 PEN) 28
HUMIRA (2 SYRINGE) 28
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 28
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER 28
HUMULIN N 78
HUMULIN R 78
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 78
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 78
HURRICAINE 230
HYCODAN 141
hydralazine hcl 64
HYDRALYTE 181
HYDRALYTE FREEZER POPS 181
HYDRASYN25 244
hydrochloric acid 66
hydrochlorothiazide 63
HYDROCIL 101
hydrocod poli-chlorphe poli er 141
hydrocodone bitartrate er 37
hydrocodone bit-homatrop mbr 141
hydrocodone-acetaminophen 38
hydrocodone-ibuprofen 38
hydrocortisone 84, 96, 238, 239
hydrocortisone (perianal) 244
hydrocortisone sod suc (pf) 84
hydrocortisone valerate 239
hydrocortisone-acetic acid 119
hydromet 141
hydromorphone hcl 38
hydrous emulsified base 66
hydroxocobalamin acetate 208
hydroxychloroquine sulfate 30
hydroxyurea 27
hydroxyzine hcl 124
hydroxyzine pamoate 124
HYPERSAL 141
HYRNUO 21
HYVEE ADVANCED ANTACID 88
HYVEE IBUPROFEN CHILDRENS 36
ibandronate sodium 86
IBRANCE 21
IBTROZI 21
IBU 36
ibuprofen 36
ibuprofen 100 junior strength 36
ibuprofen childrens 36
ibuprofen infants 36
ibuprofen junior strength 36
ICAPS 209
ICAPS AREDS FORMULA 208
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 208
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN 209
ICAPS MV 209
ICAR 111
icatibant acetate 109
ICLEVIA 72
ICLUSIG 21
IDHIFA 21
IFEREX 150 111
igualtuss 141
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST 52
imatinib mesylate 21
IMBRUVICA 21
imipenem-cilastatin 52
imipramine hcl 156
imiquimod 244
imkeldi 21
IMMULIFE 170
IMMUNE ESSENTIALS DAILY 209
immune support 209
IMMUNERX 209
immunicare 209
IMODIUM A-D 91
IMOVAX RABIES 33
IMPACT 170
IMPACT ADVANCED RECOVERY 170
IMPAVIDO 52
INATAL GT 209
INBRIJA 153
INCASSIA 72
INCRELEX 82
INCRUSE ELLIPTA 120
indapamide 63
INDICAID COVID-19 RAPID TEST 52
INFANRIX 33
INFANTS ADVIL 36
infants gas relief 94
infants ibuprofen 36
infants pain & fever 43
INFED 111
INFLAMEX 209
infliximab 29
INFUVITE ADULT 209
INFUVITE PEDIATRIC 209
INJECTAFER 111
INLURIYO 19
INLYTA 21
INNOVACIN 170
INQOVI 26
INREBIC 21
INSPIREASE 130
instant oral pain relief max 230
INTEGRA 111
INTEGRA F 111
INTEGRA PLUS 112
INTELENCE 48
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST 52
intense cough reliever 141
intense toothache pain relief 230
INTRALIPID 189
INTROLITE 170
INTROVALE 72
inulose blood sugar support 209
INVEGA HAFYERA 158
INVEGA SUSTENNA 158
INVEGA TRINZA 158
IPOL 33
ipratropium bromide 120
ipratropium-albuterol 128
irbesartan 59
irbesartan-hydrochlorothiazide 62
irinotecan hcl 27
IROFOL 112
iron 112
iron (ferrous sulfate) 112
iron 27 112
iron chews pediatric 112
iron complex 112
iron folate plus 112
iron high-potency 112
iron infant & toddler 112
iron infant/toddler 112
iron slow release 112
iron sucrose 112
iron supplement 112
IRON UP 112
iron-vitamin c 112
IS-D 10,000 209
ISENTRESS 48
ISENTRESS HD 48
ISIBLOOM 73
ISOLYTE-P IN D5W 179
ISOLYTE-S PH 7.4 179
isoniazid 49
isosorbide dinitrate 65
isosorbide mononitrate er 65
ISOSOURCE 1.5 CAL 170
ISOSOURCE HN 170
isotretinoin 232
isradipine 61
IS-ZC 50 186
itch relief extra strength 244
ITOVEBI 21
itraconazole 50
IVA ANAMIX EARLY YEARS 170
IVA ANAMIX NEXT 170
IVA MAXAMUM 170
ivabradine hcl 64
I-VALEX-1 170
I-VALEX-2 170
ivermectin 52
i-vite 209
IWILFIN 27
IXIARO 33
J & J BURN CREAM 244
JAIMIESS 73
JAKAFI 21
JANTOVEN 109
JANUMET 79
JANUMET XR 80
JANUVIA 80
JARDIANCE 80
JASMIEL 73

JAVYGTOR....82
JAYPIRCA.... 21, 22
JENCYCLA.... 73
JENTADUETO....80
JENTADUETO XR....80
JEVITY 1 CAL....170
JEVITY 1 CAL/FIBER.... 170
JEVITY 1.2 CAL....171
JEVITY 1.2 CAL/FIBER.... 171
JEVITY 1.5 CAL/FIBER.... 171
JINTELI....84
jock itch....236
jock itch relief.... 236
joint health & bone strength.... 209
JOLESSA....73
JUICE PLUS FIBRE....171
JULEBER....73
JULUCA....49
JUNEL 1.5/30....73
JUNEL 1/20....73
JUNEL FE 1.5/30....73
JUNEL FE 1/20....73
JUNEL FE 24....73
just 4 kidz multivit/probiotic.... 209
just tears eye drops....117
JUVEN.... 171
JYLAMVO.... 30
JYNNEOS....33
k 100.... 209
KADCYLA.... 22
KAITLIB FE....73
kale/quinoa/berries....171
kale/quinoa/berries plus.... 171
kale/quinoa/berries plus pedia.... 171
KALETRA....49
KALYDECO.... 130
KAMELEON LUBRICATED.... 73
KANJINTI....22
KAOPECTATE....91
KAOPECTATE EXTRA STRENGTH.... 91
KARIVA....73
KATE FARMS GLUCOSE SUPPORT 1.2....171
KATE FARMS KIDS NUTRITION.. 171
KATE FARMS PED PEPTIDE 1.0. 171
KATE FARMS PED PEPTIDE 1.5. 171
KATE FARMS PED STANDARD 1.2.... 171
KATE FARMS PEPTIDE 1.0....171
KATE FARMS PEPTIDE 1.5....171
KATE FARMS RENAL SUPPORT 1.8.... 171
KATE FARMS STANDARD 1.0.... 171
KATE FARMS STANDARD 1.4.... 171
kcl (0.149%) in nacl....179
kcl (0.298%) in nacl....179
kcl in dextrose-nacl.... 179
KELNOR 1/35.... 73
KERADAN....244
KERENDIA....59
KESIMPTA....153
keto.... 171
KETOCAL 2.5/1 LQ MULTI FIBER 171
KETOCAL 3/1.... 171
KETOCAL 4/1.... 171
KETOCAL 4/1 LQ MULTI FIBER... 171
KETOCAL 4/1 LQ MULTI-FIBER... 171
ketoconazole....50, 236
KETO-DIASTIX....82
ketogen.... 171
ketone test.... 82
KETONEX-1....171
KETONEX-2....171
ketorolac tromethamine.... 115
KETOSTIX.... 82
KETOVIE.... 171
KETOVIE 3/1.... 171
KETOVIE 4/1.... 171
KETOVIE PEPTIDE.... 171
kettle neti pot sinus wash....130
KEYTRUDA.... 22
KEYTRUDA QLEX....22
KFLO....171
KIDS PLANT PROTEIN SHAKE....171
KIDS PROTEIN ORGANIC SHAKE 171
kimono.... 73
KIMONO COLORS.... 73
KIMONO MAXX-LARGE FLARE.... 73
kimono micro thin....73
kimono micro thin plus.... 73
kimono plus....73
kimono ps....73
kimono ps plus.... 73
kimono sensation....73
kimono sensation plus.... 73
KIMONO SPECIAL.... 73
KINDERLYTE.... 181
KINDERLYTE PREMAX.... 181
KINDERMED KIDS ALLERGY.... 124
KINDERSPROUT PLANT PROTEIN.... 171
KINERET.... 29
KINRIX....33
KIONEX.... 70
KISQALI (200 MG DOSE)....22
KISQALI (400 MG DOSE)....22
KISQALI (600 MG DOSE)....22
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)....22
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)....22
KLAYESTA.... 236
KLOR-CON.... 180
KLOR-CON 10.... 180
KLOR-CON M10.... 180
KLOR-CON M15.... 180
KLOR-CON M20.... 180
KLOXXADO.... 163
kls acetaminophen ex st.... 43
KLS ALLERCLEAR....124
KLS ALLERCLEAR D-12HR....141
KLS ALLERCLEAR D-24HR....141
KLS ALLER-FEX....124
kls allergy medicine....124
KLS ALLER-TEC.... 124
KLS ALLER-TEC CHILDRENS....124
KLS ALLER-TEC D....141
kls aspirin low dose....43
kls d3....209
kls ibuprofen....36
kls ibuprofen ib....36
KLS LAXACLEAR.... 101
KLS QUIT2....163
KLS QUIT4....163, 164
kls stool softener.... 101
kobee.... 209
KOMZIFTI.... 22
KONSYL DAILY PSYLLIUM FIBER 101
KOSELUGO....22
kosher prenatal plus iron....209
KOURZEQ.... 230
kp adults 50+ daily formula.... 209
kp adults daily formula.... 209
kp aspirin....43
kp b complex-c....209
kp bisacodyl.... 101
kp calcium 600+d....186
kp calcium citrate+d.... 186
kp calcium-magnesium-zinc....186
kp diphenhydramine hcl.... 124
kp ferrous gluconate.... 112
kp ferrous sulfate.... 112
kp fexofenadine hcl.... 124
kp folic acid.... 209
kp mag-oxide magnesium....186
kp melatonin....172
kp mens 50+ daily formula....209
kp mens daily formula....209
kp niacin....209
kp prenatal multivitamins.... 209
kp pseudoephedrine hcl....141
kp senna.... 101
KP VISION FORMULA.... 209
KP VISION FORMULA/LUTEIN....209
kp vitamin b-12....209
kp vitamin b-6....209
kp vitamin d....209
kp vitamin d3....209
kp vitamin e....209
kp womens 50+ daily formula.... 209
kp womens daily formula.... 209
K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL ST.... 210

K-PAX PROTEIN BLEND IMMUNE 172
kpn prenatal 210
KRAZATI 22
K-TAN PLUS 112
KURVELO 73
labetalol hcl 61
LAC-HYDRIN FIVE 244
lacosamide 150, 162
lactated ringers 179
LACTINOL HX 244
lactulose 101
lactulose encephalopathy 101
LAMISIL AT ATHLETES FOOT 236
LAMISIL AT JOCK ITCH 236
lamivudine 48, 54
lamivudine-zidovudine 49
lamotrigine 151
lamotrigine er 150
LANABIOTIC 233
LAND BEFORE TIME MULTIVITAMIN 210
lanreotide acetate 82
lansoprazole 96
LANTUS 78
LANTUS SOLOSTAR 78
lapatinib ditosylate 22
LARIN 1.5/30 73
LARIN 1/20 73
LARIN 24 FE 73
LARIN FE 1.5/30 73
LARIN FE 1/20 73
latanoprost 114
laxative 101
laxative max str 101
laxative regular strength 101
LAZCLUZE 22
lecithin 172
leflunomide 30
lenalidomide 27
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 22
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 22
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 22
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 22
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 22
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 22
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 22
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 23
LESSINA 73
letrozole 19
leucovorin calcium 27
LEUKERAN 18
leuprolide acetate 19
levalbuterol hcl 127
levalbuterol tartrate 127
levetiracetam 151, 162
levetiracetam er 151
levetiracetam in nacl 162
levobunolol hcl 114
levocarnitine 82
levocetirizine dihydrochloride 124, 125
levofloxacin 57
levofloxacin in d5w 57
LEVONEST 73
levonorgest-eth est & eth est 73
levonorgest-eth estrad 91-day 73
levonorgestrel-ethinyl estrad 74
levonorg-eth estrad triphasic 74
LEVORA 0.15/30 (28) 74
LEVO-T 69
levothyroxine sodium 69
LEVOXYL 69
l-glutamine 109, 172
lice killing 239
lice killing shampoo max str 239
lice treatment 239
LIDO KING 244
lidocaine 232, 244
lidocaine hcl 43, 232
lidocaine hcl (pf) 43
lidocaine max st 24 hours 244
lidocaine pain relief 244
lidocaine pain relief max st 244
lidocaine pain relieving 244
lidocaine viscous hcl 230
lidocaine-prilocaine 232
LIDOCAN 232
lidocanna 244
LIDOCARE ARM/NECK/LEG 244
LIDOCARE BACK/SHOULDER 244
lidocore 244
LIDOGUARD 244
lidotrode 244
LIL MIXINS-EGG 172
LIL MIXINS-PEANUT 172
LILETTA (52 MG) 74
linezolid 52
linezolid in sodium chloride 52
LINZESS 94
LIOMNY 69
LIOPEN ABSORPTION ENHANCING 67
liothyronine sodium 69
LIPISTART 172
lipo cream base 67
LIPOCREAM BASE 67
lipopen ultra base 67
LIPOTRIAD VISION SUPPORT 210
lipotriad vision support plus 210
LIPOTRIAD VISIONARY 210
liquid acetaminophen 43
liquid allergy relief 125
liquid c 210
LIQUID HOPE 172
LIQUID HOPE PEPTIDE 172
LIQUID HOPE PEPTIDE BERRY 172
liquid pain relief 43
lisinopril 65
lisinopril-hydrochlorothiazide 63
lithium 161
lithium carbonate 161
lithium carbonate er 161
little animals 210
LITTLE REMEDIES FOR FEVER 43
LITTLE REMEDIES GAS RELIEF 94
liver detox 210
LIVITA ADULTS 210
LIVTENCITY 54
LMD 172
l-methylfolate 210
l-methylfolate calcium 210
l-methyl-mc 210
LOESTRIN 1.5/30 (21) 74
LOESTRIN 1/20 (21) 74
LOESTRIN FE 1.5/30 74
LOESTRIN FE 1/20 74
lohist-dm 141
LOJAIMIESS 74
LOKELMA 70
LOLLICAINE 230
LOMAIRA 85
lomustine 18
long acting nasal spray 141
long lasting antacid 88
long lasting nasal spray 141
LONSURF 26
loperamide hcl 91, 94
LOPHLEX LQ 20 172
lopinavir-ritonavir 49
loradamed 125
loratadine 125
loratadine childrens 125
loratadine-d 12hr 141
loratadine-d 24hr 141
lorazepam 154
LORAZEPAM INTENSOL 154
LORBRENA 23
LORYNA 74
losartan potassium 59
losartan potassium-hctz 62
LOTEMAX 115
loteprednol-tobramycin 114
LOTRIMIN AF 236
LOTRIMIN AF JOCK ITCH 236
LOTRIMIN ULTRA 236
lovastatin 60
LOW-OGESTREL 74
loxapine succinate 158
LPS CRITICAL CARE SUGAR FREE 172
LPS SUGAR FREE 172
lubricant drops/dual-action 117
lubricant eye drop 117
lubricant eye drops 117
lubricant eye drops (pf) 117
lubricant eye drops pf 117
lubricating tears eye drops 117

LUIZZA 1.5/30 74
LUIZZA 1/20 74
LUMAKRAS 23
LUMIGAN 114
LUMIZYME 82
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 19
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 19
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 82
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 82
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) 82
lurasidone hcl 158
lutein-zeaxanthin 210
LUTERA 74
LYBALVI 158
LYLEQ 74
LYLLANA 84
LYNPARZA 23
LYSIPLEX PLUS 210
LYSODREN 19
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 23
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 23
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 23
LYZA 74
MAALOX MAX 88
MAALOX MULTI SYMPTOM MAX ST 88
MACULAR HEALTH FORMULA 210
MACUVITE 210
MACUVITE EYE CARE 210
MACUVITE/LUTEIN 210
MAG-200 186
MAG64 186
mag-al 89
mag-al plus 89
mag-al plus xs 89
MAGDELAY 186
mag-g 186
MAGNEBIND 300 186
MAGNEBIND 400 186
magnesium 187
magnesium carbonate 187
magnesium gluconate 187
magnesium lactate 187
magnesium oxide 89
magnesium oxide (antacid) 89
magnesium oxide -mg supplement 187
magnesium sulfate 179, 180
magnesium sulfate in d5w 179
magnesium-aluminum-simethicone . 89
MAGNESIUM-OXIDE 187
MAGOX 400 187
MAG-OXIDE 187
MAG-TAB SR 187
malathion 239
MALTOCARB 172
manganese chloride 187
MAOX 89
mapap 44
MAPAP ACETAMINOPHEN EXTRA STR 44
MAPAP CHILDRENS 44
maraviroc 48
MAR-COF CG EXPECTORANT 141
marlissa 74
MARPLAN 156
masonatal 210
MATERNACEL 210
MATULANE 27
MAVYRET 54
MAX RELIEF JR CHILD PAIN/FEVER 44
MAX RELIEF JUNIOR 44
MAX SLEEP JUNIOR 67
MAX TUSSIN DM COUGH&CHEST CONG 141
MAX TUSSIN MUCUS & CHEST CONG 141
MAXALLERGY KIDS 125
maxifed 141
MAXIMUM D3 210
maximum daily green 210
maxi-tuss ac 141
maxi-tuss cd 141
maxi-tuss g 141
maxi-tuss gmx 141
maxx 74
maxx plus 74
m-dryl 125
meclizine hcl 92
MEDCAPS DPO 210
MEDCAPS GI 210
MEDCAPS IS 210
MEDCAPS T3 210
MEDERMA AG FACE 244
MEDERMA STRETCH MARKS THERAPY 244
medi tab 210
medi-bismuth 91
MEDIDERM 67
MEDI-FIRST ASPIRIN 44
MEDI-FIRST IBUPROFEN 36
medi-first triple antibiotic 233
MEDI-LAX 101
MEDI-MUCIL 101
medi-natural 101
medi-natural plus 101
MEDI-PROFEN 36
MEDIQUE ASPIRIN 44
MEDI-TABS CHILDRENS 44
MEDI-TABS EXTRA STRENGTH 44
MEDI-TABS JUNIOR STRENGTH .. 44
medi-tussin dm 141
medi-tussin dm double strength 141
MEDPURA ANTIFUNGAL 236
MEDPURA HYDROSEPTINE 244
MEDPURA ZINC OXIDE 244
medroxyprogesterone acetate ... 74, 85
mefloquine hcl 54
mega biotin 210
mega coq10 172
mega multi for women 210
MEGA MULTI MEN 210
megavite fruits & veggies 210
megestrol acetate 19, 85, 86
meijer advanced formula 210
meijer allergy relief 125
meijer allergy relief-d 142
meijer antacid anti-gas 89
meijer anti-diarrheal 91
meijer antihistamine allergy 125
meijer aspirin ec 44
meijer aspirin free 44
meijer c 210
meijer calamine 244
meijer ferrous sulfate 112
meijer ibuprofen 36
meijer jr st aspirin free 44
meijer loratadine 125
meijer nasal decongestant 142
meijer triple antibiotic 233
meijer zinc oxide 244
MEKINIST 23
MEKTOVI 23
melatonin 67, 172
melatonin extra strength 172
melatonin maximum strength 172
MELEYA 74
meloxicam 36
memantine hcl 154
memantine hcl er 154
memantine hcl-donepezil hcl er 154
MEMORALL 210
MENQUADFI 33
mens 50+ advanced 210
mens 50+ multivitamin 211
MENS LIFE PACK 211
mens multi health formula 211
mens multivitamin 211
mens multivitamin gummies 211
menstrual relief max strength 44
MENVEO 33
mercaptopurine 26
MERIBIN 211
meropenem 52
mesalamine 96
mesalamine er 96
mesalamine-cleanser 96
mesna 27
METAFOLBIC 211
METAFOLBIC PLUS 211
METAMUCIL 3 IN 1 DAILY FIBER 102
METAMUCIL 4 IN 1 FIBER 102
METAMUCIL FREE & NATURAL .. 102
METAMUCIL PREMIUM BLEND ... 102
METAMUCIL SMOOTH TEXTURE 102
metformin hcl 80

metformin hcl er ... 80
methadone hcl ... 37
METHADONE HCL INTENSOL ... 37
methazolamide ... 63
methenamine hippurate ... 52
methimazole ... 69
METHIONAID ... 172
methocarbamol ... 154
methotrexate sodium ... 26, 30
methotrexate sodium (pf) ... 26
methsuximide ... 151
METHYL PROTECT ... 211
METHYL-GUARD ... 211
METHYL-GUARD PLUS ... 211
methylphenidate hcl ... 160
methylphenidate hcl er ... 160
methylprednisolone ... 84
methylprednisolone acetate ... 84
methylprednisolone sodium succ ... 84
metoclopramide hcl ... 92
metolazone ... 63
metoprolol succinate er ... 61
metoprolol tartrate ... 61
metoprolol-hydrochlorothiazide ... 62
metronidazole ... 52, 107, 244, 245
metyrosine ... 64
mg aspartate ... 187
mgo ... 187
MIBELAS 24 FE ... 74
micaderm ... 236
micafungin sodium ... 50
miconazole ... 236
miconazole 1 ... 107
miconazole 3 combo pack ... 107
miconazole 3 combo-supp ... 107
miconazole 7 ... 107
miconazole antifungal ... 236
miconazole nitrate ... 107, 236
miconazole nitrate combo pack ... 107
miconazorb af ... 236
MICOTRIN AP ... 236
MICROCHAMBER ... 130
microderm base ... 67
MICROGESTIN 1.5/30 ... 74
MICROGESTIN 1/20 ... 74
MICROGESTIN FE 1.5/30 ... 74
MICROGESTIN FE 1/20 ... 74
MICROSOME BASE ... 67
MICROSPACER ... 130
midodrine hcl ... 64
MIDOL ... 44
MIDOL COMPLETE ... 44
MIEBO ... 117
mifepristone ... 82
MILI ... 74
milk of magnesia ... 102
MIMVEY ... 84
mincora ... 211
mineral oil ... 102
mineral oil heavy ... 102
mineral oil lubricant laxative ... 102
minocycline hcl ... 58
minoxidil ... 64
MINTOX ... 89
mintox maximum strength ... 89
MINTOX PLUS ... 89
MIRALAX ... 102
MIRALAX MIX-IN PAX ... 102
mirtazapine ... 156
misoprostol ... 94
mi-vite rx ... 211
MM ACETAMINOPHEN EX STR ... 44
MM ALLER-BEN ... 125
mm allergy relief 24 hour ... 125
mm arthritis pain ... 44
mm aspirin ... 44
mm biotin/keratin ... 211
MM CLEARLAX ... 102
mm fexofenadine hcl ... 125
mm stool softener ... 102
mm stool softener laxative ... 102
MMA/PA ANAMIX EARLY YEARS 172
MMA/PA ANAMIX NEXT ... 172
MMA/PA COOLER15 ... 172
MMA/PA MAXAMUM ... 172
M-M-R II ... 33
m-natal plus ... 180, 211
modafinil ... 162
MODEYSO ... 27
MODULEN ... 172
moexipril hcl ... 65
MOI-STIR ... 231
moisture barrier ... 245
moisturizing cream ... 245
moisturizing lubricant eye ... 117
molindone hcl ... 158
mometasone furoate ... 239
MOMMY'S BLISS GAS RELIEF DROPS ... 94
MOMMY'S BLISS VIT D ORGANIC ... 211
MONISTAT 1 COMBO PACK ... 107
MONISTAT 1 DAY OR NIGHT ... 107
MONISTAT 3 ... 107
MONISTAT 3 COMBINATION PACK ... 107
MONISTAT 3 COMBO PACK APP 107
MONISTAT 7 COMBO PACK APP 107
MONISTAT 7 SIMPLY CURE ... 107
MONJUVI ... 23
MONOFERRIC ... 112
MONOGEN ... 172
MONO-LINYAH ... 74
montelukast sodium ... 132
MOOD FOOD ... 211
MOOD FOOD ES ... 211
morphine sulfate ... 38
morphine sulfate (concentrate) ... 38
morphine sulfate er ... 37
MOTRIN CHILDRENS ... 36
MOTRIN IB ... 36
MOTRIN INFANTS DROPS ... 36
MOUNJARO ... 80
MOUTH KOTE ... 231
MOUTH KOTE REMINT ... 231
MOVANTIK ... 94
moxifloxacin hcl ... 57, 115
moxifloxacin hcl in nacl ... 57
m-pap ... 44
MRESVIA ... 33
MSUD 2 ... 172
MSUD AID ... 172
MSUD ANAMIX EARLY YEARS ... 172
MSUD COOLER ... 172
MSUD LOPHLEX LQ ... 172
MSUD MAXAMAID ... 172
MSUD MAXAMUM ... 172
MTX SUPPORT ... 211
MUCINEX ... 142
MUCINEX CHILDRENS FREEFROM ... 142
MUCINEX COLD CHILDRENS ... 142
MUCINEX COUGH & CONGEST CHILD ... 142
MUCINEX COUGH CHILDRENS ... 142
MUCINEX COUGH FOR KIDS ... 142
MUCINEX DM ... 142
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS ... 142
MUCINEX FAST-MAX CONGEST COUGH ... 142
MUCINEX FAST-MAX DM MAX ... 142
MUCINEX FAST-MAX SEVERE CON/CG ... 142
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH 142
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL ... 142
MUCINEX SINUS-MAX SINUS/ALLRGY ... 142
mucus & chest congestion ... 142
mucus congest & cough child ... 142
mucus dm ... 142
mucus relief ... 143
mucus relief chest congestion ... 142
mucus relief dm ... 142
mucus relief dm max ... 142
mucus relief er ... 143
mucus relief max st ... 143
mucus relief multi symptom ... 143
mucus relief severe congst/cgh ... 143
mucus-dm ... 143
MULTAQ ... 59
multi + omega-3 adult gummies ... 211
multi + omega-3 gummies ... 211
multi adult gummies ... 211
MULTI COMPLETE ... 211
multi complete/iron ... 211

multi for her 211
multi for her 50+ 211
MULTI FOR HIM 211
multi for him 50+ 211
MULTI MEGA MINERALS 187
multi prenatal 211
multi vitamin 211
multi vitamin w/d-3 211
multi vitamin/minerals 211
MULTIA 211
MULTIGEN 112
MULTIGEN PLUS 112
multi-phasic penetrating cmpd 67
multiple electro type 1 ph 7.4 180
multiple vit/minerals/no iron 211
multiple vitamin-folic acid 212
multiple vitamins 212
multiple vitamins essential 212
multiple vitamins/iron 212
multiple vitamins/womens 212
multiple vitamins-iron 212
multiple vitamins-minerals 212
multi-symptom cold childrens 143
multi-symptom cold plus child 143
multi-vit/iron/fluoride 212
multivit/multimineral adult 212
multivitamin 212
multi-vitamin 212
multivitamin adult 212
multivitamin adult (minerals) 212
multivitamin adults 212
multivitamin adults 50+ 212
multivitamin childrens 212
multivitamin childrens (w/ fa) 212
multivitamin childrens gummies 212
multivitamin drops/iron 212
multi-vitamin gummies 212
multivitamin gummies adult 212
multivitamin gummies mens 212
multivitamin gummies womens 212
multivitamin infant & toddler 212
multivitamin iron-free 212
multivitamin men 212
multivitamin men 50+ 212
multi-vitamin monocaps 212
multivitamin plus iron adult 212
multivitamin w/fluoride 212
multivitamin women 212
multivitamin women 50+ 212
multivitamin womens 50+ adv 212
multivitamin/fluoride 212, 213
multi-vitamin/fluoride 212
multi-vitamin/fluoride/iron 213
multi-vitamin/iron 213
multi-vitamin/minerals 213
multivitamin/zinc stress 213
multivitamin-minerals 213
multi-vitamins 213
multivitamins plus iron child 213
multi-vite 213
MULTI-VIT-FLOR 213
multivit-min gummies childrens 213
mupirocin 233
MURINE EAR 247
MURINE EAR WAX REMOVAL SYSTEM 247
MURO 128 117
MVW COMPLETE FORMULATION 213
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 213
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 213
MVW COMPLETE FORMULATION MINIS 213
mvw hi-d adek gummies 213
MVW MODULATOR FORMULATION 213
MVW MODULATOR FORMULATION MINI 213
MVW ORANGE CHEWABLES 213
myamulti 213
mycophenolate mofetil 32
mycophenolate sodium 32
MYCOZYL AP 236
MYLANTA MAXIMUM STRENGTH 89
MYLICON INFANTS GAS RELIEF 94
MYNEPHRON 213
MYRBETRIQ 105
na ferric gluc cplx in sucrose 112
na sulfate-k sulfate-mg sulf 102
nabumetone 36
nac 172
nac 600 172
n-acetyl cysteine 172
nadolol 61
nafcillin sodium 58
NAGLAZYME 82
naloxone hcl 164
naltrexone hcl 164
NAMZARIC 154
NAPHCON-A 114
naproxen 36
naproxen sodium 36
NARAMIN 125
naratriptan hcl 161
nasal decongestant 143
nasal decongestant 12hr 143
nasal decongestant d 143
nasal decongestant d max str 143
nasal decongestant pe 143
nasal decongestant pe max st 143
nasal decongestant spray 143
nasal four 143
nasal spray 143
nasal spray 12 hour 143
nasal spray max strength 143
nasal spray no drip 143
NASALCROM 130
NASCOBAL 213
NATACYN 115
natal pnv 213
nateglinide 80
nat-rul daily-vite+iron 213
nat-rul iron 112
natrul magnesium 187
nat-rul oyster calcium+vit d 187
nat-rul theravite-m 213
nat-rul vitamin d 214
natrul-vites 214
natural c/rose hips 214
natural fiber 102
natural fiber laxative 102
natural psyllium seed 102
natural senna laxative 102
natural vitamin a 214
natural vitamin d-3 214
natural vitamin e 214
NAYZILAM 151
nebivolol hcl 61
NECON 0.5/35 (28) 74
nefazodone hcl 156
NEOCATE INFANT DHA/ARA 172
NEOCATE JUNIOR 173
NEOCATE JUNIOR PREBIOTICS 173
NEOCATE SPLASH JUNIOR 173
NEOCATE SPOON 173
NEOCATE SYNEO JUNIOR 173
NEOFLEX CALCIUM + VITAMIN D 187
neomaterna 214
NEOMULTIVITE 214
neomycin sulfate 52
neomycin-bacitracin zn-polymyx 115
neomycin-polymyxin-dexameth 114
neomycin-polymyxin-gramicidin 115
neomycin-polymyxin-hc 114, 119
neonatal complete 214
NEONATAL PLUS 214
neonatal prenatal 214
NEONATAL VITAMIN 214
NEOQ10 173
NEOSPORIN 233
NEOSPORIN + PAIN RELIEF MAX ST 233
NEOSPORIN + PAIN/ITCH/SCAR 233
NEOSPORIN ORIGINAL 233
NEOSPORIN/BURN RELIEF 233
NEO-SYNEPHRINE COLD/ALLRGY EXT 143
neotuss 143
neo-vital rx 214
NEPHPLEX RX 214
nephro vitamins 214
NEPHRON FA 112
NEPHRO-VITE 214
NEPRO 173

NEPRO/CARBSTEADY 173
NERLYNX 23
NESTABS 214
NESTABS DHA 214
NESTABS ONE 214
neti pot sinus wash 130
NEUAC 232
NEUTROGENA HAND 245
nevirapine 48
nevirapine er 48
NEXLETOL 60
NEXLIZET 60
NEXPLANON 75
NF FORMULAS NAC 173
niacin 214
niacin er 214
niacin er (antihyperlipidemic) 60
niacin flush free 214
niacinamide 214
NIAVASC 214
NIAVASC 750 214
nicardipine hcl 61
NICODERM CQ 164
NICOMIDE 214
NICORELIEF 164
NICORETTE 164
NICORETTE MINI 164
NICORETTE STARTER KIT 164
nicotine 164
nicotine mini 164
nicotine polacrilex 164
nicotine polacrilex mini 164
nicotine step 1 164
nicotine step 2 164
nicotine step 3 164
NICOTROL NS 164
nifedipine er 62
nifedipine er osmotic release 62
NIFEREX 112
NIKKI 75
nilotinib hcl 23
nilutamide 19
nimodipine 62
NINJACOF-XG 143
NINLARO 23
NISEKO HYDRATING FACIAL 245
nitazoxanide 52
nitisinone 82
NITRO-BID 65
nitrofurantoin macrocrystal 52
nitrofurantoin monohyd macro 52
nitroglycerin 65, 245
NIVA-FOL 214
NIVANEX DMX 143
NIVA-PLUS 214
NIVEA 245
NIVEA VISAGE 245
NIVEA VISAGE INNER BEAUTY 245
NIX CREME RINSE 239
nizatidine 86
no drip nasal spray 143
no iron mult vitamin-minerals 214
nohist-dm 143
non-aspirin 44
non-aspirin extra strength 44
non-aspirin jr strength 44
non-aspirin pain relief 44
non-pseudo sinus decongestant 143
NORA-BE 75
norelgestromin-eth estradiol 75
norethin ace-eth estrad-fe 75
norethindrone 75
norethindrone acetate 86
norethindrone acet-ethinyl est 75
norethindrone-eth estradiol 84
norethindron-ethinyl estrad-fe 75
norgestimate-eth estradiol 75
norgestim-eth estrad triphasic 75
NORLYROC 75
NORTREL 0.5/35 (28) 75
NORTREL 1/35 (21) 75
NORTREL 1/35 (28) 75
NORTREL 7/7/7 75
nortriptyline hcl 156
NORVIR 48
norwegian cod liver oil 214
NOSTRILLA 143
NOURILITE 67
NOURISH 173
NOURISH PEPTIDE FORMULA 173
NOURIVAN ANTIOX BASE 67
NOVAFERRUM 112
NOVAFERRUM 50 112
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS 112
NOVASOURCE RENAL 173
NOVOLIN 70/30 78
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN 78
NOVOLIN 70/30 RELION 78
NOVOLIN N 78
NOVOLIN N FLEXPEN 78
NOVOLIN N RELION 78
NOVOLIN R 78
NOVOLIN R FLEXPEN 78
NOVOLIN R RELION 78
NOVOLOG 79
NOVOLOG FLEXPEN 78
NOVOLOG FLEXPEN RELION 78
NOVOLOG MIX 70/30 79
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN 79
NOVOLOG PENFILL 79
NOVOLOG RELION 79
NRS NASAL RELIEF 143
NUBEQA 19
NUEDEXTA 161
NUFOL 214
NU-IRON 112
NULOJIX 32
NUMOISYN 231
NUPLAZID 158
NURTEC 161
NUTRA/SHAKE 173
NUTRADERM 245
NUTRALYN 214
NUTREN 1.0 173
NUTREN 1.0/FIBER 173
NUTREN 1.5 173
NUTREN 2.0 173
NUTREN JR 173
NUTREN JR FIBER 173
NUTREN JUNIOR 1.0 173
NUTREN JUNIOR/FIBER 173
NUTREN PULMONARY 173
NUTRIFAC ZX 214
nutrifocus 173
NUTRIHEP 1.5 CAL 173
NUTRILIPID 189
nutritional drink 173
nutritional drink mix 173
nutritional drink plus 173
nutritional drink shake mix 173
nutritional shake 173
nutritional shake complete 173
nutritional shake high protein 173
nutritional shake plus 173
nutritional shake plus protein 173
nutritional supplement 173
nutritional supplement plus 174
NUZYRA 58
NYAMYC 236
NYLIA 1/35 75
NYLIA 7/7/7 75
nystatin 50, 231, 236
NYSTOP 236
OA 1 174
OA 2 174
OB COMPLETE 215
OB COMPLETE PREMIER 215
OBSTETRIX EC 215
OBTREX 215
OCTAGAM 31
octreotide acetate 82, 83
ocular vitamins 215
ocutabs 215
ocutabs-lutein 215
OCUVITE ADULT 50+ 215
OCUVITE ADULT FORMULA 215
OCUVITE EXTRA 215
OCUVITE EYE + MULTI 215
OCUVITE EYE HEALTH FORMULA 215
OCUVITE EYE HEALTH GUMMIES 215
OCUVITE-LUTEIN 215
ODEFSEY 50
ODOMZO 23
odor control foot & sneaker 236

ODOR EATERS ANTIFUNGAL 236
ODOR EATERS FOOT/SNEAKER SPRAY 236
OFEV 130
ofloxacin 115, 119
OGIVRI 23
OGSIVEO 23
ohc covid-19 antigen self test 52
OJEMDA 23
OJJAARA 23
OKEEFFES WORKING HANDS 245
olanzapine 158
olmesartan medoxomil 59
olmesartan medoxomil-hctz 62
olmesartan-amlodipine-hctz 62
omega-3-acid ethyl esters 60
omeprazole 96
OMNIBASE 67
omnicap 215
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 79
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 79
OMNIPOD 5 LIBRE2 G6 INTRO GEN5 79
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS 79
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) 79
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 79
OMNITROPE 83
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST 52
ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST 52
once daily 215
ONCOVITE 215
ondansetron 92
ondansetron hcl 92
ONE A DAY MEN 50 PLUS 215
ONE A DAY MENS VITACRAVES 215
ONE A DAY PRENATAL 215
ONE A DAY WOMEN 50 PLUS 215
one daily 216
one daily 50 plus 215
one daily calcium/iron 215
one daily complete 215
one daily complete for men 215
ONE DAILY ESSENTIAL 215
one daily essentials 215
one daily for men 50+ advanced 215
one daily for men/lycopene 215
one daily for women 215
one daily for women 50+ adv 215
one daily healthy weight 215
one daily healthy weight adv 215
one daily maximum 216
one daily men formula w/o iron 216
one daily mens 216
one daily mens 50+ multivit 216
one daily mens 50+/lycopene 216
one daily mens health 216
one daily multivit/iron-free 216
one daily multivitamin adult 216
one daily multivitamin men 216
one daily multivitamin women 216
one daily multivitamin/iron 216
one daily womens 216
one daily womens 50 plus 216
one daily womens 50+ 216
one daily/minerals 216
ONE VITE CALCIUM + D3 187
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN 216
ONE VITE FERROUS SULFATE 112
one vite womens 216
one vite womens plus 216
ONE-A-DAY FOR HER VITACRAVES 216
ONE-A-DAY FOR HIM VITACRAVES 216
ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA 216
ONE-A-DAY MENS (MINERALS) 216
ONE-A-DAY MENS 50+ 216
ONE-A-DAY MENS 50+ ADVANTAGE 216
ONE-A-DAY MENS HEALTH FORMULA 216
ONE-A-DAY MENS PRO EDGE 216
ONE-A-DAY PROACTIVE 65+ 216
ONE-A-DAY WOMENS 216
ONE-A-DAY WOMENS 50+ 216
ONE-A-DAY WOMENS 50+ ADVANTAGE 216
ONE-A-DAY WOMENS PETITES 216
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES 216
one-daily multi caps 216
one-daily multi vitamins 217
one-daily multi-vit/mineral 217
one-daily multi-vitamin 217
one-daily multi-vitamin/iron 217
one-daily/iron 217
ONELAX 102
ONELAX DAILY FIBER 102
ONELAX FIBER THERAPY 102
ONELAX SENNA 102
ONTRUZANT 23
ONUREG 26
OPCON-A 114
OPIPZA 158
OPSUMIT 64
OPTICHAMBER DIAMOND 131
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK 131
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK 131
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK 131
OPTICLEANSE GHI 174
optic-vites 217
optic-vites with lutein 217
OPTIFAST POST BARIATRIC 217
OPTIMAL D3 217
OPTIMAL D3 M 217
OPTIMENTAL 174
optimum airvites 217
optimum pms 217
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE 107
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG 217
OPTIVITE P.M.T. 217
OPURITY 217
OPURITY B12/FOLIC ACID 217
OPURITY BYPASS OPTIMIZED 217
oral analgesic max st 231
oral electrolyte freezer pops 181
oral electrolytes 181
oral relief spray 231
oral suspend 67
oralyte 181
ORAPENN SD ANHYD SWEETENED 67
ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN 67
ORA-PLUS 67
ORASEP 231
ORAZINC 187
ORGANIC NUTRITION SHAKE 174
ORGANIC PEDIA SMART 174
ORGOVYX 19
ORKAMBI 131
orlistat 85
ORQUIDEA 75
ORSERDU 19
OS 2 174
oseltamivir phosphate 54
OSMOLITE 174
OSMOLITE 1 CAL 174
OSMOLITE 1.2 CAL 174
OSMOLITE 1.5 CAL 174
OSMOLITE HN 174
OSPOMYV 86
OSTEOPRIME PLUS 217
OSTEOPRIME ULTRA 217
oxacillin sodium 58
oxaliplatin 18
oxcarbazepine 151
OXEPA 174
OXEPA 1.5 174
oxybutynin chloride 106
oxybutynin chloride er 106
oxycodone hcl 38
oxycodone-acetaminophen 38
oxymetazoline hcl 143
OYSCO 500+D 187
oyster calcium/d3 187
oyster shell calcium 187

oyster shell calcium + d 187
oyster shell calcium + d3 187
oyster shell calcium plus d 187
oyster shell calcium w/d 187
oyster shell calcium/d 187
oyster shell calcium/d3 187
oyster shell calcium/vit d 188
oyster shell calcium/vit d3 188
oyster shell calcium/vitamin d 188
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 80
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 80
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 80
PACERONE 59
paclitaxel 27
paclitaxel protein-bound part 27
pain & fever childrens 44
pain & fever infants 44
pain & fever kids 44
pain and fever relief kids 44
pain relief 45
pain relief childrens 45
pain relief extra strength 45
pain relief max str 245
pain relief maximum strength 245
pain relief regular strength 45
pain reliever 45
pain reliever extra strength 45
pain reliever for adults 45
pain reliever/fever reducer 45
pain relieving lidocaine 245
paliperidone er 159
PALMERS COCOA BUTTER FORMULA 245
PALMERS INTENSIVE RELIEF HAND 245
PALMERS NIGHT CREAM 245
PALMERS STRETCH MARKS 245
pamidronate disodium 86
pan-c 500/bioflavonoids 217
PANRETIN 245
pantoprazole sodium 96
PANZYGA 31
paricalcitol 70
paroxetine hcl 156
parvlex 217
PAXLOVID (150/100) 54
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 54
PAXLOVID (300/100) 54
pazopanib hcl 23
pc pediatric iron drops 112
pc pediatric poly-vita/fe drop 217
pc pediatric poly-vitamin drop 217
pc pediatric tri-vitamin drops 217
PCCA ALADERM BASE 67
PCCA ANHYDROUS LIPODERM BASE 67
PCCA BASE 7542 67
PCCA BIOPEPTIDE BASE 67
PCCA CANNIDEX 2.0 CUSTOM BASE 67
PCCA CANNIDEX CUSTOM BASE 67
PCCA COSMETIC HRT BASE 67
PCCA EMOLLIENT CREAM BASE . 67
PCCA HYDRABASE SB CUSTOM BASE 67
PCCA LIPODERM BASE 67
PCCA MVC BASE 67
PCCA NATACREAM 67
PCCA PRACASIL TM-PLUS BASE . 67
PCCA VANISHING CREAM BASE .. 67
PCCA VANISHING CREAM LIGHT . 67
PCCA VANPEN BASE 68
PCCA WAV CUSTOM BASE 68
PECGEN DMX 143
PECGEN PSE 144
ped electrolyte freeze pops 181
ped electrolyte freezer pops 181
PEDIA VANCE 181
PEDIACARE CHILDREN 45
PEDIACARE CHILDRENS ALLERGY 125
PEDIACARE COUGH/CONGESTION 144
PEDIACARE INFANT FEVER/PAIN 45
PEDIACARE INFANTS 45
PEDIACARE INFANTS GAS RELIEF 94
PEDIA-LAX 102
PEDIALYTE 181
PEDIALYTE ADVANCED CARE ... 181
PEDIALYTE FREEZER POPS 181
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT . 181
PEDIALYTE SINGLES 181
PEDIARIX 33
PEDIASMART PEA PROTEIN 174
PEDIASURE 174
PEDIASURE 1.0 CAL/FIBER 174
PEDIASURE 1.5 CAL 174
PEDIASURE 1.5 CAL/FIBER 174
PEDIASURE GROW & GAIN 174
PEDIASURE GROW & GAIN ORGANIC 174
PEDIASURE GROW & GAIN/FIBER 174
PEDIASURE HARVEST 1.0 CAL .. 174
PEDIASURE NUTRIPALS 174
PEDIASURE PEDIATRIC 174
PEDIASURE PEPTIDE 1.0 CAL 174
PEDIASURE PEPTIDE 1.5 CAL 174
PEDIASURE REDUCED CALORIE 174
PEDIASURE SHAKE MIX 174
PEDIASURE SHAKE/FIBER 174
PEDIASURE SIDEKICKS 174, 175
PEDIASURE SIDEKICKS CLEAR . 174
PEDIASURE SIDEKICKS SHAKE . 175
PEDIASURE/FIBER 175
pediatric drink 175
pediatric electrolyte 181
PEDVAX HIB 33
peg 3350 102
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 102
peg-3350/electrolytes 102
PEGASYS 54
PEMAZYRE 23
pemetrexed disodium 26
PENBRAYA 33
penderm 68
penicillamine 70
penicillin g potassium 58
penicillin g sodium 58
penicillin v potassium 58
PEN-KERA 245
penmenvy 33
pensomal 68
PENTACEL 33
pentamidine isethionate 53
pentoxifylline er 109
PENTRAVAN 245
PENTRAVAN PLUS 245
PEPTAMEN 175
PEPTAMEN 1 CAL/PREBIO1 175
PEPTAMEN 1.5 CAL 175
PEPTAMEN 1.5 CAL/PREBIO1 175
PEPTAMEN AF 175
PEPTAMEN INTENSE VHP 175
PEPTAMEN JUNIOR 1 CAL 175
PEPTAMEN JUNIOR 1 CAL/PREBIO1 175
PEPTAMEN JUNIOR 1.5 175
PEPTAMEN JUNIOR 1.5 CAL 175
PEPTAMEN JUNIOR FIBER 175
PEPTAMEN JUNIOR HP 175
PEPTAMEN JUNIOR PHGG 1.2 ... 175
PEPTAMEN JUNIOR/PREBIO1 175
PEPTAMEN/PREBIO1 175
PEPTO-BISMOL 91
PEPTO-BISMOL MAX STRENGTH 91
PEPTO-BISMOL TO-GO 91
perampanel 151
PERATIVE 175
PERATIVE 1.3 CAL 175
PERDIEM OVERNIGHT RELIEF ... 102
PERIDIN-C 217
PERIFLEX ADVANCE 175
PERIFLEX JUNIOR 175
perindopril erbumine 65
PERIOGARD 231
PERIOMED 231
permethrin 239
perphenazine 159
petrolatum 68
petrolatum white 68
petroleum jelly 68
PFCB 68

PFD 2 175
PFD TODDLER 175
PFIZERPEN 58
pharbechlor 125
pharbedryl 125
PHARBETOL 45
PHARBETOL EXTRA STRENGTH . 45
PHARMABASE ANTIOXIDANT 68
PHARMABASE COSMETIC 68
PHARMABASE COSMETIC NATURAL 68
PHARMABASE HEAVY 68
PHARMABASE LIGHT 68
PHARMABASE VAGINAL 68
pharmacist choice d-vitamin 217
PHAZYME 94
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH 94
PHAZYME ULTRA STRENGTH 95
phendimetrazine tartrate 85
phenelzine sulfate 156
PHENEX-1 175
PHENEX-2 175
phenobarbital 151
phenobarbital sodium 162
phenol 245
phentermine hcl 85
phentermine-topiramate er 85
PHENYLADE DRINK MIX 175
PHENYLADE ESSENTIAL DRINK MIX 175
PHENYLADE ESSENTIAL MIX/FIBER 175
PHENYLADE GMP 176
PHENYLADE GMP MIX DHA/FIBER 175
PHENYLADE GMP MIX-IN 176
PHENYLADE GMP READY 176
PHENYLADE RTD PKU 10 176
PHENYLADE60 DRINK MIX 176
phenylephrine hcl 144
phenylephrine-dm-gg 144
PHENYL-FREE 2 176
PHENYL-FREE 2HP 176
PHENYTEK 151
phenytoin 151
phenytoin sodium 162
phenytoin sodium extended ... 151, 162
PHESGO 23
PHILITH 75
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA 103
PHYTOBASE 68
PHYTOMULTI 217
phytonadione 217
PIFELTRO 48
pilocarpine hcl 114, 231
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST . 53
pimecrolimus 245
pimozide 159
PIMTREA 75
pin-away 53
pindolol 61
pink bismuth 91
pink bismuth maximum strength 91
pinworm medicine 53
pioglitazone hcl 80
pioglitazone hcl-metformin hcl 80
piperacillin sod-tazobactam so 58
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 24
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 24
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 24
pirfenidone 131
piroxicam 37
PIVOT 1.5 CAL 176
PKU 2 176
PKU 3 176
PKU AIR20 GOLD 176
PKU AIR20 GREEN 176
PKU AIR20 YELLOW 176
PKU COOLER 10 176
PKU COOLER 15 176
PKU COOLER 20 176
PKU EASY SHAKE & GO 176
PKU LOPHLEX LQ 20 176
PKU PERIFLEX EARLY YEARS ... 176
PKU PERIFLEX JUNIOR PLUS 176
PKU SPHERE 20 176
PKU SPHERE NEXT 15 176
PKU START 176
pku trio 176
PLENAMINE 189
PLENVU 103
pnv 27-ca/fe/fa 217
pnv prenatal plus multivitamin 217
pnv tabs 20-1 217
pnv-select 217
POCKET CHAMBER 131
POCKET SPACER 131
podofilox 245
poly bacitracin 233
POLYCAL 176
polyethylene glycol 3350 ..... 68, 103
POLY-IRON 150 113
polymyxin b sulfate 53
polymyxin b-trimethoprim 115
polysaccharide iron complex 113
polysaccharide-iron complex 113
POLYSPORIN 233
poly-tussin ac 144
POLY-VENT IR 144
POLY-VI-FLOR 217
polyvinyl alcohol 118
POLY-VI-SOL 218
POLY-VI-SOL/IRON 218
poly-vita 218
poly-vita/iron 218
poly-vite pediatric 218
poly-vite/iron 218
POMALYST 27
PORTAGEN 176
PORTIA-28 75
posaconazole 50
potassium chloride 180, 181
potassium chloride crys er 180
potassium chloride er 180
potassium chloride in nacl 180
potassium citrate er 108
potassium cl in dextrose 5% 180
potassium hydroxide 68
povidone-iodine 245
pramipexole dihydrochloride 153
prasugrel hcl 113
pravastatin sodium 60
praziquantel 53
prazosin hcl 59
prednisolone 84
prednisolone acetate 116
prednisolone sodium phosphate 84, 85, 116
prednisone 85
PREDNISONE INTENSOL 85
preferred plus insulin syringe 79
pregabalin 151
pregenna 218
PREMASOL 189
PREMESISRX 218
PRENATABS RX 218
prenatal 181, 218
prenatal (w/iron & fa) 218
prenatal 19 218
prenatal complete 218
prenatal formula 218
prenatal formula a-free 218
prenatal forte 218
prenatal multi +dha 218
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA 218
prenatal multivitamin plus dha 218
prenatal one daily 218
prenatal plus 218
prenatal plus vitamin/mineral 218
prenatal vitamin and mineral 218
prenatal vitamins 218
prenatal/iron 218
prenatal+dha 218
PRENATE AM 218
PRENATE ELITE 218
PRENATOL-M 218
pres gen 144
pres gen pediatric 144
prescription support multivit 218
PRESERVISION AREDS 218, 219
PRESERVISION AREDS 2 218
PRESERVISION AREDS 2+MULTI VIT 218
PRESERVISION/LUTEIN 219
PRETTY FEET/HANDS 245
PREVALITE 60

prevent 219
PREVIDENT 231
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH 231
PREVIDENT 5000 PLUS 231
prev-rx 219
PREVYMIS 54
PREZCOBIX 50
PREZISTA 48
PRIFTIN 49
primaquine phosphate 54
primidone 151
PRIORIX 33
PRIVIGEN 31
pro comfort spacer adult 131
pro comfort spacer child 131
pro comfort spacer infant 131
pro hers rx 219
pro his rx 219
pro pcos rx 219
probenecid 47
probiotics + bariatric multi 219
PRO-CAL 219
procare spacer/adult mask 131
procare spacer/child mask 131
PROCERV HP 219
prochamber vhc 131
prochlorperazine 92
prochlorperazine edisylate 92
prochlorperazine maleate 92
PROCRIT 110
PROCTOCORT 245
PROCTO-MED HC 245
PROCTOSOL HC 245
PROCTOZONE-B 103
PROCTOZONE-HC 245
pro-ex antifungal 237
progesterone 86
PROGRAF 32
PROLASTIN-C 131
PROLAXA 103
PROLIA 86
promethazine hcl 92, 93
promethazine-codeine 144
promethazine-dm 144
PROMOD 176
PROMOTE 176
PROMOTE 1.0 176
PROMOTE 1.0 WITH FIBER 176
PROMOTE/FIBER 176
propafenone hcl 59
propafenone hcl er 59
proparacaine hcl 118
PRO-PHREE 176
PROPIMEX-1 176
PROPIMEX-2 176
propranolol hcl 61
propranolol hcl er 61
propylthiouracil 69
PROQUAD 33
PRORENAL + D 219
PRORENAL + D W/ OMEGA-3 219
PROSIGHT 219
PROSOL 189
PROSOURCE 176, 177
PROSOURCE PLUS 177
PROSOURCE TF 177
PROSOURCE XTRACAL 177
PROSOURCE ZAC 177
PROSTEON 188
PROSURE 177
PROTALITY 177
PROTECT CARDIO AF 219
PROTECT PLUS SO 219
PROTEGRA 219
protriptyline hcl 156
PROVIMIN 177
PROVIT 219
pseudoeph-bromphen-dm 144
pseudoephedrine hcl 144
pseudoephedrine hcl er 144
p-siloxan ds 68
psyldex 103
psyllium fiber 103
PULMOCARE 177
PULMOCARE 1.5 177
PULMOSAL 144
PULMOZYME 131
pure calcium carbonate 188
pure comfort spacer chamber 131
PURECARB 177
purevit dualfe plus 113
push 20+ advanced 177
pyrazinamide 49
pyridostigmine bromide 161
pyridoxine hcl 219
pyrimethamine 53
PYZCHIVA 29
qc 8 hour arthritis pain 45
qc 8 hour pain relief 45
qc acetaminophen 8 hours 45
qc acetaminophen 8hr arth pain 45
qc acetaminophen 8hr musc ache 45
qc acetaminophen infants 45
qc all day allergy 125
qc allergy childrens 125
qc allergy relief 125
qc allergy relief childrens 125
qc antacid 89
qc antacid & pain relief 45
qc antacid/anti-gas 89
qc anti-diarrheal 91
qc antifungal (tolnaftate) 237
qc anti-gas 95
qc anti-itch extra strength 245
qc antiseptic skin cleanser 245
qc arthritis pain relief 45
qc artificial tears 118
qc aspirin 45
qc aspirin low dose 45
qc athletes foot 237
qc b12 219
qc bacitracin 233
qc bacitracin zinc 233
qc biotin 219
qc calamine 245
qc calcium 500mg-d3 188
qc calcium fast dissolution 188
qc cetirizine allergy relief 125
qc childrens aspirin 45
qc childrens complete 219
qc childrens vitamins/extra c 219
qc childrens vitamins/iron 219
qc chlor-pheniramine 125
qc clotrimazole 107, 237
qc co q-10 177
qc cod liver oil 219
qc complete allergy medicine 125
qc daily multivit/multimineral 219
qc daily multivitamins/iron 219
qc diarrhea relief 91
qc docusate calcium 103
qc ear wax removal 247
qc earwax removal 247
qc earwax removal kit 247
qc enema 103
qc enteric aspirin 45
qc epsom salt 103
qc essentials 219
qc ferrous sulfate 113
qc fiber 103
qc fiber laxative 103
qc fiber therapy 103
qc folic acid 219
qc gas relief 95
qc gas relief extra strength 95
qc gas relief infants 95
qc gentle laxative 103
qc gentle laxative womens 103
qc glycerin 103
qc hair skin & nails 219
qc ibuprofen 37
qc ibuprofen ib 37
qc laxative 103
qc lidocaine pain relief 245
qc loratadine allergy relief 125
qc loratadine-d 144
qc lubricant eye drops 118
qc magnesium 89
qc medifin mucus relief child 144
qc melatonin max st 177
qc mens daily multivitamin 219
qc menstrual complete max st 46
qc miconazole 7 107
qc milk of magnesia 103
qc mucus & cough relief child 144
qc mucus relief 144
qc mucus relief childrens 144

qc mucus relief dm max 144
qc mucus relief er 144
qc mucus relief max st 144
qc mucus relief severe con/cgh 144
qc multi-vite 219
qc multi-vite 50 & over 219
qc nasal decongestant pe 144
qc nasal mist no drip 144
qc nasal spray 144
qc natural vegetable 103
qc natura-lax 103
qc niacin 219
qc nicotine transdermal system 164
qc no drip extra moisturizing 144
qc no drip nasal relief 144
qc no drip original 12 hours 144
qc non-aspirin 8 hour 46
qc non-aspirin childrens 46
qc non-aspirin extra strength 46
QC OCUHEALTH VISION SUPPORT 2 219
qc oral pain relieving 231
qc pain relief 46
qc pain relief childrens 46
qc pain relief extra strength 46
qc petroleum jelly 68
qc pink bismuth 91
qc povidone iodine 245
qc prenatal 219
qc psyllium fiber 103
qc senna 103
qc senna-s 103
qc stomach relief 91
qc stomach relief ultra 91
qc stool softener 103
qc stool softener pls laxative 103
qc suphedrine maximum strength 144
qc therin-m 219
qc tolnaftate 237
qc triple antibiotic 233
qc triple antibiotic max st 233
qc triple antibiotic multi-act 233
qc triple antibiotic pain rlf 234
qc tussin cf adult 144
qc tussin dm cough/congestion 145
qc urinary pain relief 53
qc vapor inhaler 145
qc vegetable laxative 103
qc vitamin b1 219
qc vitamin b12 220
qc vitamin b6 220
qc vitamin c 220
qc vitamin c with rose hips 220
qc vitamin d3 220
qc vitamin e 220
qc womens daily multivitamin 220
qc zinc 188
qc zinc oxide 246
QINLOCK 24
QLEARQUIL 145
Q-SORB CO Q-10 177
QSYMIA 85
QUADRACEL 33
quetiapine fumarate 159
quetiapine fumarate er 159
QUFLORA FE 220
QUFLORA FE PEDIATRIC 220
QUFLORA PEDIATRIC 220
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST 53
quin b strong 220
quin b strong b-25 220
quinapril hcl 65
quinidine sulfate 59
quinine sulfate 54
quintabs 220
quintabs-m 220
QULIPTA 161
ra 12 hour nasal spray 145
ra 2-in-1 lax/stool softener 103
ra 8 hour pain relief 46
ra acetaminophen 46
ra acetaminophen childrens 46
ra acetaminophen ex st 46
ra allergy 126, 246
ra allergy medication 125
ra allergy relf & nasal decong 145
ra allergy relief 126
ra allergy relief (cetirizine) 126
ra allergy relief (loratadine) 126
ra allergy relief childrens 126
ra allergy rlf/nasal decongest 145
ra allergy/congestion relief 145
ra allergy/congestion relief-d 145
ra antacid 89
ra antacid/anti-gas 89
ra antacid/anti-gas max st 89
ra antacid/gas relief max st 89
ra antibiotic + pain relief 234
ra antibiotic/pain relief 234
ra anti-diarrheal 91
ra antifungal foot care 237
ra anti-itch skin protectant 246
ra antiseptic 246
ra antiseptic skin cleanser 246
ra arthritis pain relief 46
ra aspirin 46
ra aspirin adult low dose 46
ra aspirin adult low strength 46
ra aspirin childrens 46
ra aspirin ec 46
ra aspirin ec adult low st 46
ra athletes foot 237
ra bacitracin 234
ra bacitracin zinc first aid 234
ra balanced b-100 220
ra balanced b-50 220
ra b-complex 220
ra b-complex with b-12 220
ra biotin 220
ra calcium 600 188
ra calcium 600/vitamin d-3 188
ra calcium cit plus vit d-3 188
ra calcium citrate plus vit d 188
ra calcium cit-vit d-3 petites 188
ra calcium plus vitamin d 188
ra calcium plus vitamin d3 188
RA CENTRAL-VITE 220
ra central-vite mens mature 220
ra central-vite womens mature 220
ra cetiri-d 145
ra childrens fever/pain 46
ra chlorpheniramine maleate 126
ra clotrimazole 237
ra clotrimazole 7 107
ra coenzyme q-10 177
ra col-rite 103
ra complete allergy 126
ra cough dm 145
ra decongestant inhaler 145
RA DIPHEDRYL ALLERGY 126
ra double antibiotic 234
ra dry mouth 231
ra ear drops 247
ra earwax removal kit 247
ra enema 103
ra epsom salt 103
ra ethyl rubbing alcohol 68
ra eye allergy relief 114
ra fast relief laxative 103
ra fever reducer/pain reliever 46
ra folic acid 220
ra foot care (terbinafine) 237
ra foot care (tolnaftate) 237
ra gas relief 95
ra gas relief extra strength 95
ra gas relief ultra strength 95
RA HI CAL 188
ra high potency iron 113
ra ibuprofen 37
ra ibuprofen childrens 37
ra ibuprofen infants 37
ra ibuprofen junior strength 37
ra iron 113
ra jock itch 237
ra jock itch max st 237
ra laxative 103
ra lice maximum strength 239
ra lice solution 239
ra lice treatment 239
ra lidocaine pain relieving 246
ra lorata-d 145
ra loratadine 126
ra lubricant eye 118
ra lubricant eye drops 118
ra melatonin 177
ra menstrual relief 46

ra menthol nasal inhaler 145
ra miconazole 3 combo pack 107
ra miconazole 3 combo pack app 107
ra miconazole 7 107
ra micro-filtered sinus wash 131
ra milk of magnesia 103
ra mineral oil 104
ra mini nicotine 164
ra mucus relief 145
ra mucus relief dm 145
ra mucus relief max st 145
ra multihealth fiber 104
ra nasal decongestant pe 145
ra natural magnesium 188
ra natural vitamin e 220
ra niacin 220
ra nicotine 164
ra nicotine gum 164
ra nicotine polacrilex 164
ra no flush niacin 220
ra nose drops extra strength 145
ra one daily maximum 220
ra one daily mens 50+ w/vit d3 220
ra one daily mens multi 220
ra one daily mens/vit d-3 220
ra p col-rite 104
ra pain relief acetaminophen 46
ra pain relief aspirin 46
ra pain relief ibuprofen 37
ra pain reliever ex st 46
ra pain relieving 246
ra pediatric electrolyte 182
ra prenatal 221
ra prenatal formula 221
ra sinus wash nasal relief 131
ra sinus wash neti pot 131
ra sinus/congestion relief 145
ra sinus/congestion relief pe 145
ra slow release iron 113
ra stomach relief 91
ra stool softener 104
ra suphedrine 145
ra triple antibiotic 234
ra tussin 146
ra tussin cgh & cold mucus cf 145
ra tussin cgh/chest congest dm 145
ra tussin chest congestion 145
ra tussin cough 146
ra tussin cough dm sugar free 145
ra tussin cough/chest dm max 146
ra tussin dm 146
ra vitamin a 221
ra vitamin b-1 221
ra vitamin b12 221
ra vitamin b-12 221
ra vitamin b-12 tr 221
ra vitamin b-6 221
ra vitamin c 221
ra vitamin c cr 221
ra vitamin c drops 221
ra vitamin c/acerola 221
ra vitamin c/rose hips 221
ra vitamin d-3 221
ra vitamin e 221
ra vitamin e natural 221
ra vitamins complete childrens 221
ra womens laxative 104
ra zinc 188
ra zinc oxide 246
RABAVERT 34
rabeprazole sodium 96
RADIANCE PLATINUM VITAMIN D3 221
RALDESY 156
raloxifene hcl 83
ramelteon 161
ramipril 65
ranolazine er 64
rasagiline mesylate 153
RE/NEPH 177
RE/NEPH LP/HC 177
RE/NEPH REDUCED SUGAR 177
REALITY LATEX CONDOMS 75
REALITY LATEX/ULTRA TEXTURED 75
REALITY LATEX/ULTRA THIN 75
REASON 177
RECLIPSEN 75
RECOMBIVAX HB 34
reeses pinworm medicine 53
REFRESH 118
REFRESH CELLUVISC 118
REFRESH DIGITAL 118
REFRESH DIGITAL PF 118
REFRESH LIQUIGEL 118
REFRESH OPTIVE 118
REFRESH OPTIVE ADVANCED 118
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF 118
REFRESH OPTIVE MEGA-3 118
REFRESH OPTIVE PF 118
REFRESH PLUS 118
REFRESH RELIEVA 118
REFRESH RELIEVA PF 118
REFRESH RELIEVA PF XTRA 118
REFRESH TEARS 118
REFRESH TEARS PF 118
regular nutritional shake 177
REGULOID 104
REHYDRALYTE 182
relcare 221
RELENZA DISKHALER 55
RE-LIEVED MAXIMUM STRENGTH 246
RELION GLUCOSE 70
RELI-ON INSULIN SYRINGE 79
RELION KETONE TEST 83
RELISTOR 95
REMICADE 29
RENAL 221
renal vitamin 221
RENALCAL 177
RENAPLEX 221
RENAPLEX-D 221
RENASTART 177
RENASTEP 177
rena-vite 221
rena-vite rx 221
RENFLEXIS 29
reno caps 221
repaglinide 80
REPATHA 60
REPATHA SURECLICK 60
REPLETE 177
REPLETE FIBER 177
REPLETE FIBER 1 CAL 177
RESOURCE 2.0 177
RESTA 246
RESTASIS 118
RESTASIS MULTIDOSE 118
RESTORA RX 91
restore fusion renal support 177
restore renal support 177
RETAINE CMC 118
RETAINE VISION 221
RETEVMO 24
REVCOVI 83
REVUFORJ 24
REXULTI 159
REYATAZ 48
REZDIFFRA 83
REZLIDHIA 24
REZUROCK 32
RHOPRESSA 114
ribavirin 55
RID LICE KILLING SHAMPOO 239
rifabutin 49
rifampin 49
right step prenatal 221
riluzole 161
rimantadine hcl 55
RINVOQ 29
RINVOQ LQ 29
RISABAL-PH 246
risedronate sodium 86
risperidone 159
risperidone microspheres er 159
RITEFLO 131
ritonavir 48
rivaroxaban 109
rivastigmine 155
rivastigmine tartrate 154
RIVELSA 75
rizatriptan benzoate 161
robafen cf multi-symptom cold 146
ROBAFEN DM 146

ROBAFEN DM CGH/CHEST CONGEST 146
ROBAFEN DM COUGH 146
ROBAFEN MUCUS/CHEST CONGESTION 146
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH 146
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH CHILD 146
ROBITUSSIN CHILD COUGH/COLD CF 146
ROBITUSSIN COUGH & CHEST ADULT 146
ROBITUSSIN COUGH & CHEST CHILD 146
ROBITUSSIN COUGH+CHEST CONG DM 146
ROBITUSSIN HONEY CGH/CHEST DM 146
ROBITUSSIN LONG-ACT COUGHGELS 146
ROBITUSSIN PEAK COLD MULTI-SYM 146
ROCKLATAN 114
roflumilast 131
ROMVIMZA 24
ropinirole hcl 153
rosuvastatin calcium 60
ROSYRAH 75
ROTARIX 34
ROTATEQ 34
ROWEEPRA 151
ROZLYTREK 24
RUBRACA 24
rufinamide 151
RUKOBIA 48
RYBELSUS 80
RYDAPT 24
rydex g 146
rynex pse 146
sa3 derm 68
sacubitril-valsartan 63
SAFETUSSIN DM COUGH/CHEST CONG 146
SAJAZIR 109
saline 131
SALONPAS PAIN RELIEVING 246
salt durable cream 68
SALT STABLE LS ADVANCED 68
SALTSTABLE LO 68
SANTYL 232
sapropterin dihydrochloride 83
sb 12hr nasal spray 146
sb allergy 126
sb allergy medicine 126
sb allergy relief 126
sb allergy relief/nasal decong 146
sb antacid 89
sb antacid anti-gas 89
sb anti-diarrhea 91
sb anti-fungal 237
sb anti-gas 95
sb arthritis pain relief 46
sb aspirin 46
sb aspirin ec 46
sb bacitracin 234
sb bisacodyl laxative ec 104
sb bismuth 91
sb calcium + d 188
sb cetirizine hcl childrens 126
sb childrens aspirin 46
sb chlorpheniramine 126
sb clotrimazole foot 237
sb complete nutrition 177
sb complete nutrition plus 177
sb cough control 146
sb cough control cf 146
sb coughtab 146
sb docusate sodium 104
sb docusate sodium/senna 104
sb fib lax orange 104
sb fiber laxative 104
sb gas relief 95
sb gentle lax-women 104
sb glycerin adult 104
sb glycerin pediatric 104
sb ibuprofen 37
sb infants ibuprofen 37
sb laxative 104
sb lice killing max st 239
sb lice treatment 239
sb loratadine 126
sb loratadine allergy relief 126
sb low dose asa ec 46
sb milk of magnesia 104
sb nasal spray no-drip 146
sb natural fiber laxative 104
sb non-aspirin 47
sb non-aspirin extra strength 46
sb oyster shell calcium 188
sb pain reliever childrens 47
sb pain reliever ex st 47
sb pediatric electrolyte 182
sb polyethylene glycol 3350 104
sb povidone-iodine 246
sb senna-lax 104
sb sinus relief 147
sb stool softener 104
sb triple antibiotic 234
sb vitamin c 221
SCANDICAL 177
SCANDISHAKE 177
scar care 68
SCEMBLIX 24
scopolamine 93
scot-tussin expectorant 147
SCOT-TUSSIN SENIOR 147
SCRUB CARE POVIDONE-IODINE 246
SECUADO 159
SECURA ANTIFUNGAL EXTRA THICK 237
selegiline hcl 153
selenious acid 189
selenium sulfide 237
SELZENTRY 48
se-natal 19 221
senexon-s 104
senior tabs 221
senna 104
senna laxative 104
senna plus 104
senna s 104
SENNA SMOOTH 104
senna-docusate sodium 104
senna-lax 104
senna-plus 104
senna-s 104
senna-tabs 104
senna-time 104
senna-time s 104
sennazon 104
sennosides 105
sennosides-docusate sodium 105
SENOKOT 105
SENOKOT EXTRA STRENGTH 105
SENOKOT KIDS GUMMIES 105
SENOKOT LAXATIVE GUMMIES 105
SENOKOT S 105
sentry 221
sentry senior 222
sentry senior mens 50+ 221
sentry senior/lutein 222
SERACAL 177
SEREVENT DISKUS 128
sertraline hcl 156
se-tan plus 113
SETLAKIN 75
sf 231
sf 5000 plus 231
SHAROBEL 75
SHINGRIX 34
SIGNIFOR 83
SIKLOS 109
sildenafil citrate 64
silprotex plus 68
siltussin sa 147
silver sulfadiazine 234
SIMBRINZA 114
simeped 95
simethicone 95
simethicone drops infants 95
simethicone extra strength 95
simethicone ultra strength 95
SIMLIYA 75
SIMPESSE 75
simvastatin 60
SINUCLEANSE NETI POT 131

SINUCLEANSE REFILL 131
SINUGATOR NASAL WASH 131
sinus nasal spray 147
sinus relief 147
sinus relief extra strength 147
sinus relief mist 147
sinus wash squeeze bottle 131
sirolimus 32
SIRTURO 49
skin hair & nails advanced 222
SKYRIZI 29
SKYRIZI PEN 29
skyy derm 68
SLO-NIACIN 222
SLOW FE 113
slow iron 113
slow release iron 113
SLOW-MAG 188
SLOWMAG MG MUSCLE/HEART 188
sm allergy relief 126
sm aspirin ec 47
sm ear drops 247
sm ibuprofen ib 37
sm loratadine 126
sm nicotine 164
sm nicotine polacrilex 164
sm pediatric electrolyte 182
sm petroleum jelly 68
sm tussin cough/chest congest 147
sm vitamin d3 222
SMARTY PANTS KIDS COMPLETE 222
SMOOTH LAX 105
sod phos mono-sod phos dibasic .. 105
sodium bicarbonate 89
sodium chloride 147, 180, 232
sodium chloride (hypertonic) 118
sodium fluoride 181, 188, 231
sodium fluoride 5000 plus 231
sodium fluoride 5000 ppm 231
sodium oxybate 162
sodium phenylbutyrate 83
sodium phosphates 188
sodium polystyrene sulfonate 70
sol carb 177
solifenacin succinate 106
SOLIQUA 79
solo 222
SOLTAMOX 19
SOLU-CORTEF 85
SOLUVITA ACD WITH FLUORIDE 222
SOLUVITA WITH FLUORIDE 222
SOMATULINE DEPOT 83
SOMAVERT 83
SOOTHE 92
SOOTHE HYDRATION 118
SOOTHE MAXIMUM STRENGTH ... 91
SOOTHE XP 119
SOOTHE XP XTRA PROTECTION 119
sorafenib tosylate 24
SORBUGEN NR 147
sorbutuss nr 147
sotalol hcl 59
sotalol hcl (af) 59
SOTYKTU 29
span c 222
SPATONE PUR-ABSORB IRON ... 113
special care 246
SPECTRAVITE 222
SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN 53
SPIRIVA RESPIMAT 120
spironolactone 59
spironolactone-hctz 63
SPONGEBOB SQUAREPANTS GUMMIES 222
SPRINTEC 28 75
SPRITAM 151, 162
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 70
squeeze bottle sinus wash 131
SRONYX 76
SSD 234
ST JOSEPH ASPIRIN 47
ST JOSEPH LOW DOSE 47
STELARA 29
sterile water for irrigation 232
stevia extract 68
stimulant laxative 105
STIVARGA 24
stomach relief 92
stomach relief extra strength 92
stomach relief plus 92
stomach relief ultra 92
stool softener 105
stool softener laxative 105
stool softener plus laxative 105
stool softener/laxative 105
stop lice complete treatment 239
streptomycin sulfate 53
stress b complex/antioxid/zinc 222
stress b complex/iron 222
stress formula 222
stress formula (folic acid) 222
stress formula/iron 222
stress formula/zinc/energy 222
STRESSTABS ADVANCED 222
STRESSTABS ENERGY 222
STRIBILD 50
STROVITE ONE 222
STUART ONE 222
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN 246
STYE 119
SUBVENITE 151, 152
sucralfate 95
SUDAFED 147
SUDAFED 12 HOUR 147
SUDAFED PE SINUS CONGESTION 147
SUDAFED SINUS CONGESTION . 147
SUDAFED SINUS CONGESTION 12HR 147
SUDAFED SINUS CONGESTION 24HR 147
SUDOGEST 147
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH 147
SUDOGEST PE 147
sulfacetamide sodium 115
sulfacetamide sodium (acne) 232
sulfacetamide-prednisolone 115
sulfadiazine 53
sulfamethoxazole-trimethoprim 53
SULFAMYLON 234
sulfasalazine 96
sulindac 37
sumatriptan 161
sumatriptan succinate 162
sunitinib malate 24
SUNKIST VITAMIN C 222
SUNLENCA 48
super antioxidant 222
super antioxidants protector 222
super aytinal 222
super aytinal 50 plus 222
super b complex/fa/vit c 222
super b complex/vitamin c 222
super b-complex 222
super b-complex + vitamin c 222
super b-complex/vit c/fa 222
super biotin 222
super calcium 188
super daily d3 223
SUPER DEC B-100 223
super d-zinc-selenium-copper 223
SUPER QUINTS B-50 223
super thera vite m 223
super vita-mins 223
superior mens multi 223
superior womens multi 223
suphedrine 12hour 147
SUPLENA 178
SUPLENA 1.8/CARBSTEADY 178
SUPLENA/CARB STEADY 178
support 223
SUPPORT-500 223
supress dm pediatric 147
supress-dx pediatric 147
SURFAK 105
sv b12 223
sv b12 extra strength 223
sv iron 113
sv magnesium 188
sv melatonin 178
sv vitamin b-12 er 223

sv vitamin d3 ... 223
SWEET CHEEKS ... 70
SYEDA ... 76
SYMDEKO ... 131
SYMPAZAN ... 152
SYMTUZA ... 50
SYNAREL ... 83
SYNDROS ... 93
synertropin ... 223
SYNTHROID ... 69
SYRSPEND SF ... 68
SYSTANE ... 119
SYSTANE BALANCE ... 119
SYSTANE COMPLETE ... 119
SYSTANE CONTACTS ... 119
SYSTANE HYDRATION PF ... 119
SYSTANE ICAPS AREDS2 ... 223
SYSTANE PRESERVATIVE FREE ... 119
SYSTANE ULTRA ... 119
SYSTANE ULTRA PF ... 119
TAB-A-VITE ... 223
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE ... 223
TAB-A-VITE/IRON ... 223
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE ... 223
TABLOID ... 26
TABRECTA ... 24
tacrolimus ... 32, 246
tadalafil ... 108
tadalafil (pah) ... 64
TAFINLAR ... 24
TAGRISSO ... 24
TALZENNA ... 24
tamoxifen citrate ... 19
tamsulosin hcl ... 108
TANDEM ... 113
TANDEM PLUS ... 113
TARINA 24 FE ... 76
TARINA FE 1/20 EQ ... 76
tasimelteon ... 161
TAVNEOS ... 109
tazarotene ... 237
TAZICEF ... 56
TAZVERIK ... 24
TECENTRIQ ... 24
TECENTRIQ HYBREZA ... 24
teeny tummy gas relief drops ... 95
TEFLARO ... 56
telmisartan ... 59
telmisartan-amlodipine ... 63
telmisartan-hctz ... 63
temazepam ... 161
TENIVAC ... 34
tenofovir disoproxil fumarate ... 48
teo-tus ... 147
TEPMETKO ... 24
terazosin hcl ... 59
terbinafine hcl ... 50, 237
terbutaline sulfate ... 128
terconazole ... 107
teriparatide ... 86
teroderm ... 68
teroderm-plus ... 68
testosterone ... 71
testosterone cypionate ... 70
testosterone enanthate ... 70
tetrabenazine ... 161
tetracycline hcl ... 58
THALOMID ... 27
THE MAGIC BULLET ... 105
theophylline ... 132
theophylline er ... 131, 132
THERA ... 223
thera vital m ... 223
thera vital-m ... 223
therabasic-m ... 223
THERACAL D2000 ... 188
THERACAL D4000 ... 188
THERACAL RAPID REPLETION ... 188
theracare lidocaine max str ... 246
theracare pain relief ... 246
THERA-D 2000 ... 223
THERA-D 4000 ... 223
THERA-D RAPID REPLETION ... 223
THERAGRAN-M ... 223
THERAGRAN-M ADVANCED ... 223
THERAGRAN-M ADVANCED 50 PLUS ... 223
THERAGRAN-M PREMIER ... 223
THERAGRAN-M PREMIER 50 PLUS ... 223
thera-m plus mv w/beta-carot ... 224
THERAMILL FORTE ... 224
THERANATAL CORE NUTRITION ... 224
THERANATAL LACTATION ONE ... 224
therapeutic formula/hematinics ... 224
therapeutic moisturizing ... 246
therapeutic-m ... 224
thera-tabs ... 224
thera-tabs m ... 224
THERATEARS ... 119
THERATEARS EXTRA ... 119
THERATEARS NIGHTTIME ... 119
THERATRUM COMPLETE ... 224
THERATRUM COMPLETE 50 PLUS ... 224
thera-vite max-m ... 224
THEREMS ... 224
thiamine hcl ... 224
thiamine mononitrate ... 224
THICK-IT THICKENED CRANBERRY ... 178
thioridazine hcl ... 159
thiothixene ... 159
thrivacin 30 ... 178
thrivacin detox ... 178
THRIVE ... 164
THRIVE FOR LIFE WOMENS ... 224
thrivite rx ... 224
TIADYLT ER ... 62
tiagabine hcl ... 152
TIBSOVO ... 24
ticagrelor ... 113
TICOVAC ... 34
tigecycline ... 58
TILIA FE ... 76
timolol maleate ... 61, 114
TINACTIN ... 237
TINEACIDE ... 237
tinidazole ... 53
TIVICAY ... 48
TIVICAY PD ... 48
tizanidine hcl ... 154
tm-daily vite ... 224
tm-vite rx ... 224
TOBI PODHALER ... 53
TOBRADEX ... 115
tobramycin ... 53, 115
tobramycin sulfate ... 53
tobramycin-dexamethasone ... 115
toco-sorb ... 224
tolnaftate ... 237
tolnaftate antifungal ... 237
tolterodine tartrate ... 106
tolterodine tartrate er ... 106
tolvaptan ... 83
topiramate ... 152
toremifene citrate ... 19
TORPENZ ... 25
torsemide ... 63
total allergy ... 126
TOTAL ALLERGY MEDICINE ... 126
TOUJEO MAX SOLOSTAR ... 79
TOUJEO SOLOSTAR ... 79
TPN ELECTROLYTES ... 180
TRADJENTA ... 80
TRALEMENT ... 189
tramadol hcl ... 38
tramadol-acetaminophen ... 38
trandolapril ... 65
tranexamic acid ... 109
tranylcypromine sulfate ... 156
TRAVASOL ... 189
TRAZIMERA ... 25
trazodone hcl ... 156
TRELEGY ELLIPTA ... 128
TREMFYA ... 29, 30
TREMFYA ONE-PRESS ... 29
TREMFYA PEN ... 29, 30
TREMFYA-CD/UC INDUCTION ... 30
treprostinil ... 64
tretinoin ... 27, 232
TRI SUPER FLAVONS ... 224
triamcinolone acetonide ... 231, 239
triamterene-hctz ... 63
tri-buffered aspirin ... 47

TRICON ... 113
TRIDACAINE II ... 232
TRIDERM ... 239
trientine hcl ... 70
TRI-ESTARYLLA ... 76
trifluoperazine hcl ... 159
trifluridine ... 115
trigels-f forte ... 113
trihexyphenidyl hcl ... 153
TRIJARDY XR ... 80
TRIKAFTA ... 132
TRI-LEGEST FE ... 76
TRI-LINYAH ... 76
TRI-LO-ESTARYLLA ... 76
TRI-LO-MARZIA ... 76
TRI-LO-MILI ... 76
TRI-LO-SPRINTEC ... 76
TRIMAZOLE ... 237
trimethoprim ... 53
TRI-MILI ... 76
trimipramine maleate ... 156
trinatal rx 1 ... 224
TRINATE ... 224
TRINTELLIX ... 156
triphrocaps ... 224
triple antibiotic ... 234
triple antibiotic pain relief ... 234
triple antibiotic plus ... 234
triple antibiotic plus max st ... 234
TRIPLE PASTE AF ... 237
TRISPEC PSE ... 147
TRI-SPRINTEC ... 76
TRITOLNACIDE C ... 237
TRIUMEQ ... 50
triumeq pd ... 50
TRI-VI-SOL A/C/D ... 224
tri-vite pediatric ... 224
tri-vite/fluoride ... 224
TRI-VYLIBRA ... 76
TRI-VYLIBRA LO ... 76
TROGARZO ... 48
TROJAN ENZ ... 76
TROJAN MAGNUM ... 76
TROJAN ULTRA RIBBED LUBRICATED ... 76
TROJAN ULTRA THIN ... 76
TROJAN ULTRA THIN/SPERMICIDAL ... 76
TROJAN-ENZ LUBRICATED ... 76
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL ... 76
TROPHAMINE ... 189
tropical liquid nutrition ... 224
trospium chloride ... 106
TRUCLEAR STEVIA PLUS ... 68
true cover ... 76
true daily vite ... 224
true ferrous sulfate ... 113
true folic acid ... 224
true laxative ... 105
true magnesium oxide ... 188
true oyster shell calcium ... 188
true vitamin a ... 224
true vitamin b1 ... 224
true vitamin b12 ... 224
true vitamin b3 ... 224
true vitamin b6 ... 224
true vitamin c ... 224
true vitamin d3 ... 225
true vitamin e ... 225
truelyte ... 182
TRULICITY ... 81
TRUMENBA ... 34
TRUQAP ... 25
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE ... 76
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDED ... 76
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST ... 76
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL ... 76
TRUSTEX LUBRICATED ... 76
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE ... 76
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST ... 76
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE ... 76
TRUSTEX NATURAL CONDOMS + LUBE ... 77
TRUSTEX NON-LUBRICATED ... 77
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE ... 77
TRUSTEX RIA LUBRICATED ... 77
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED 77
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD ... 77
TRUXIMA ... 25
TUKYSA ... 25
TUMS ... 89
TUMS LASTING EFFECTS ... 89
TURALIO ... 25
TURQOZ ... 77
TUSICOF ... 147
TUSNEL ... 147
tusnel diabetic ... 147
TUSNEL DM ... 147
TUSNEL DM PEDIATRIC ... 147
TUSNEL PEDIATRIC ... 147
TUSNEL-EX ... 148
tussin cf cough & cold ... 148
tussin cough ... 148
tussin dm ... 148
tussin dm cough & chest ... 148
tussin dm cough & chest conges ... 148
tussin dm cough + chest ... 148
tussin dm max ... 148
tussin mucus & chest congest ... 148
tussin mucus+chest congest sf ... 148
tussin mucus+chest congestion ... 148
TUSSI-PRES ... 148
TUSSI-PRES PEDIATRIC ... 148
TUSSLIN ... 148
TUSSLIN PEDIATRIC ... 148
t-vites ... 225
TWINRIX ... 34
TWOCAL HN ... 178
TWOCAL HN 2.0 ... 178
TYBOST ... 49
TYDEMY ... 77
TYENNE ... 30
TYLACTIN RESTORE 10 ... 178
TYLACTIN RTD 15 ... 178
TYLENOL ... 47
TYLENOL 8 HOUR ... 47
TYLENOL 8 HOUR ARTHRITIS PAIN ... 47
TYLENOL CHILDRENS ... 47
TYLENOL CHILDRENS CHEWABLES ... 47
TYLENOL CHILDRENS PAIN + FEVER ... 47
TYLENOL EXTRA STRENGTH ... 47
TYLENOL FOR CHILDREN + ADULTS ... 47
TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER ... 47
TYPHIM VI ... 34
TYR ANAMIX EARLY YEARS ... 178
TYR ANAMIX NEXT ... 178
TYR COOLER ... 178
TYR LOPHLEX LQ ... 178
TYREX-1 ... 178
TYREX-2 ... 178
TYROS 1 ... 178
TYROS 2 ... 178
U-BASE ... 68
UBRELVY ... 162
UCD 2 ... 178
UCD ANAMIX JUNIOR ... 178
ucd trio ... 178
UDAMIN SP ... 225
UDDERLY SMOOTH ... 246
UDDERLY SMOOTH EXTRA CARE ... 246
UDDERLY SMOOTH EXTRA CARE 20 ... 246
ULTRA BONEUP ... 225
ultra calcium + vitamin d3 ... 188
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS ... 225
ultra freeda ... 225
ultra freeda/iron ... 225
ULTRA FRESH ... 119
ultra lido ... 246
ultra lubricating eye drops ... 119
ultra lubricating eye drops pf ... 119
ultra multi formula/iron ... 225
ULTRACHOICE ADV FORMULA MATURE ... 225

ULTRACHOICE ADVANCED FORMULA ... 225
ultramino soy protein ... 178
ULTRIENT 1.5 SAFE-T FEED ... 178
UNITHROID ... 69
UPSPRING BABY VIT D ... 225
UPTRAVI ... 64
UPTRAVI TITRATION ... 65
URO-PAIN DUAL ACTION ... 53
ursodiol ... 95
ustekinumab ... 30
VAGISTAT-3 ... 107
valacyclovir hcl ... 55
VALCHLOR ... 246
valganciclovir hcl ... 55
valproate sodium ... 162
valproic acid ... 152
valsartan ... 59
valsartan-hydrochlorothiazide ... 63
VALTOCO 10 MG DOSE ... 152
VALTOCO 15 MG DOSE ... 152
VALTOCO 20 MG DOSE ... 152
VALTOCO 5 MG DOSE ... 152
VALTYA 1/35 ... 77
VALTYA 1/50 ... 77
VANACOF DM ... 148
VANATAB DM ... 148
vancomycin hcl ... 53
vancomycin hcl in nacl ... 53
VANFLYTA ... 25
VANIBASE ... 68
VANICREAM ... 246
vanishing ... 68
vanishing cream botanical base ... 68
vanish-pen ... 68
VAQTA ... 34
varenicline tartrate ... 165
varenicline tartrate (starter) ... 165
VARIVAX ... 34
VASCEPA ... 60
VASELINE ... 69
VASELINE PURE ULTRA WHITE ... 69
VASOFLEX ... 225
vasoflex hd ... 225
VAXCHORA ... 34
v-c forte ... 225
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE 108
vegetable lax+stool softener ... 105
VELIVET ... 77
VELSIPITY ... 30
VELVACHOL ... 246
VENCLEXTA ... 25
VENCLEXTA STARTING PACK ... 25
venlafaxine hcl ... 156
venlafaxine hcl er ... 156
VENOFER ... 113
VENTOLIN HFA ... 128
verapamil hcl ... 62
verapamil hcl er ... 62
VERQUVO ... 64
VERSACLOZ ... 159
VERSAPRO ... 69
versatile cream base ... 69
VERSATILE RICH BASE ... 69
VERSIGEL ... 69
VERZENIO ... 25
VESTURA ... 77
VIC-FORTE ... 225
VICKS DAYQUIL MUCUS CONTROL DM ... 148
VICKS SINEX 12 HOUR DECONGEST ... 148
VICKS SINEX MOISTURIZING ... 148
VICKS SINEX SEVERE ... 148
VICKS SINEX SEVERE DECONGEST ... 148
VICKS VAPOINHALER ... 148
VIENVA ... 77
vigabatrin ... 152
VIGADRONE ... 152
VIGAFYDE ... 152
VILACTIN AA PLUS ... 178
vilazodone hcl ... 156
VIMKUNYA ... 34
vincristine sulfate ... 27
vinorelbine tartrate ... 27
viorele ... 77
VIRACEPT ... 49
VIREAD ... 49
VISINE ... 114
vision formula 2 ... 225
vision formula/lutein ... 225
vision health ... 225
VISION OPTIMIZER ... 225
vision plus ... 225
vision vitamins ... 225
VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA ... 225
VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA ... 225
vit e-vit c-beta carotene ... 225
vita c/bioflavonoids/rose hips ... 225
vita hair ... 225
VITA S FORTE ... 225
vitabasic complete ... 225
vitabasic senior ... 225
vitabex ... 226
vitabex plus ... 226
VITACEL ... 226
vitachew adult multi vitamin ... 226
vitachew multiple vitamin ... 226
vitachew vit c citrus burst ... 226
VITACORE ... 226
VITAFOL-OB ... 226
VITAFUSION MULTI WOMENS ... 226
VITAJOY DAILY C GUMMIES ... 226
VITAJOY MULTI GUMMIES ADULT ... 226
VITAL 1.0 CAL ... 178
VITAL 1.5 CAL ... 178
VITAL AF 1.2 CAL ... 178
VITAL AF 1.2 CAL ADV FORMULA ... 178
VITAL HP 1.0 CAL ... 178
VITAL JR ... 178
VITAL PEPTIDE 1.5 CAL ... 178
vitalara ... 226
VITAL-D RX ... 226
vitalee ... 226
VITALETS CHILDRENS ... 226
vita-min ... 228
vitamin a ... 226
VITAMIN A FISH ... 226
vitamin a/c/d/ infant/toddler ... 226
vitamin a-c-d infant ... 226
vitamin b 12 ... 226
vitamin b complex ... 226
vitamin b complex w/b-12 ... 226
vitamin b1 ... 226
vitamin b-1 ... 226
vitamin b12 ... 226
vitamin b-12 ... 226
vitamin b-12 er ... 226
vitamin b12 tr ... 226
vitamin b12-folic acid ... 227
vitamin b6 ... 227
vitamin b-6 ... 227
vitamin b-6 er ... 227
vitamin c ... 227
vitamin c adult gummies ... 227
vitamin c drops ... 227
vitamin c er ... 227
vitamin c gummie ... 227
vitamin c gummies ... 227
vitamin c immune health ... 227
vitamin c plus wild rose hips ... 227
vitamin c/bioflavonoids/rosehp ... 227
vitamin c/natural rose hips ... 227
vitamin c/rose hips ... 227
vitamin c/rose hips tr ... 227
vitamin c-acerola ... 227
vitamin c-rose hips ... 227
vitamin c-rose hips er ... 227
vitamin c-rose hips tr ... 227
vitamin d ... 227, 228
vitamin d (cholecalciferol) ... 227
vitamin d (ergocalciferol) ... 227
vitamin d high potency ... 227
vitamin d infant ... 227
VITAMIN D-1000 MAX ST ... 228
vitamin d3 ... 228
vitamin d-3 ... 228
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH ... 228
vitamin d3 maximum strength ... 228
vitamin d3 super strength ... 228
vitamin d3 ultra strength ... 228
vitamin e ... 228

vitamin e blend 228
vitamin e high potency 228
vitamin e water soluble 228
vitamin e with panthenol 246
vitamin e/d-alpha 228
vitamin e/d-alpha natural 228
vitamin k (phytonadione) 228
vitamin k1 228
vitamin-b complex 228
vitamins acd-fluoride 228
vitamins a-d-e/selenium 228
vitamins for hair 229
VITAROCA PLUS 229
VITASANA 229
VITATHELY WITH GINGER 229
VITEYES AREDS 2 FORMULA 229
VITEYES AREDS 2 FORMULA +MULTI 229
VITEYES CLASSIC ADVANCED 229
VITEYES CLASSIC MACULAR SUPPOR 229
VITEYES CLASSIC MULTIVITAMIN 229
VITEYES CLASSIC+OMEGA-3 229
VITEYES COMPLETE 229
VITEYES OPTIC NERVE SUPPORT 229
VITRAKVI 25
VITRON-C 113
vivimusta 18
VIVITROL 165
VIVONEX PEDIATRIC 178
VIVONEX RTF 178, 179
VIVOTIF 34
VIZIMPRO 25
VONJO 25
VOQUEZNA DUAL PAK 95
VOQUEZNA TRIPLE PAK 95
VORANIGO 25
voriconazole 50
VORTEX VALVE CHAMBER-PEDI MASK 132
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER 132
VOSEVI 55
VOWST 95
vp dermabase 69
VRAYLAR 159
VYFEMLA 77
VYLIBRA 77
VYZULTA 114
WAL-BORN VITAMIN C 229
WAL-DRYL 246
WAL-DRYL ALLERGY 126
WAL-DRYL ALLERGY CHILDRENS 126
WAL-FEX 126
WAL-FEX ALLERGY 95, 126
WAL-FINATE 127
WAL-ITIN 127
WAL-ITIN ALLERGY CHILDRENS 127
WAL-ITIN ALLERGY REDITABS 127
WAL-ITIN ALLER-MELTS 127
WAL-ITIN CHILDRENS 127
WAL-ITIN D 148
WAL-ITIN D 24 HOUR 148
WAL-MUCIL 105
WAL-PHED 12 HOUR 148
WAL-PHED D 148
WAL-PHED PE 148
WAL-PROFEN 37
wal-sporin 234
WAL-TAP CHILDRENS 37
wal-tap cold/allergy 149
wal-tussin 149
WAL-TUSSIN CF MAX 149
WAL-TUSSIN CHEST CONGESTION 149
WAL-TUSSIN COUGH 149
WAL-TUSSIN COUGH LONG ACTING 149
WAL-TUSSIN DM CGH/CHEST CONG 149
WAL-VERT 127
WAL-ZYR 127
WAL-ZYR ALL DAY ALLERGY CHILD 127
WAL-ZYR ALLERGY CHILDRENS 127
WAL-ZYR CHILDRENS 127
WAL-ZYR D 149
warfarin sodium 109
WE CARE ENEMA 105
we care zinc oxide 246
wee care 113
WEEKLY-D 229
WEGOVY 69
WELIREG 27
well magnesium oxide 189
well vitamin c 229
well vitamin d3 229
WELMATE LIDOCAINE PAIN RELIEV 246
WERA 77
wescaps 229
westab max 229
westab one 229
westab plus 181
white petrolatum 69
white petroleum jelly 69
WINREVAIR 65
WIXELA INHUB 128
WND 1 179
WND 2 179
womans laxative 105
womens 50+ advanced 229
womens 50+ multi vitamin 229
womens daily formula 229
womens laxative 105
WOMENS LIFE PACK 229
womens multi 229
womens multi gummies 229
womens multivitamin 229
womens multivitamin + collagen 229
womens multivitamin gummies 229
wound care 69
WYMZYA FE 77
WYOST 86
XALKORI 25
XARAH FE 77
XARELTO 109
XARELTO STARTER PACK 109
XATMEP 30
XCEL 100 69
xcellent a 3000 229
xcellent a 7500 229
XCELLENT E 229
XCOPRI 152
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 152
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 152
XDEMVY 115
XELJANZ 30
XELJANZ XR 30
XELRIA FE 77
XEMATOP BASE 69
XENICAL 85
XERAC AC 246
XERMELO 95
XHANCE 132
XIFAXAN 95
XIGDUO XR 81
XIIDRA 119
XLEU MAXAMAID 179
XLYS-XTRP MAXAMAID 179
XLYS-XTRP MAXAMUM 179
XMET MAXAMAID 179
XMET XCYS MAXAMAID 179
XMTVI MAXAMAID 179
XOFLUZA (40 MG DOSE) 55
XOFLUZA (80 MG DOSE) 55
XOLAIR 132
XOSPATA 25
XPHE MAXAMAID 179
XPHE-XTYR MAXAMAID 179
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 25
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 25
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 25
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 25
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 26
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 26
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 26
XTANDI 19
XTRACAL PLUS 179
XTRENBO 86
XULANE 77
XULTOPHY 79
XYZAL ALLERGY 24HR 127

YELETS TEENAGE FORMULA.... 229
YESINTEK..... 30
YF-VAX..... 34
yl balanced b-100.....229
yl coenzyme q10..... 179
yl folic acid..... 229
yl vitamin b-6.....229
yl vitamin c..... 229
yl vitamin c-rose hips..... 229
YONSA..... 19
YOUR LIFE MULTI ADULT GUMMIES.....230
YUM-VS COMPLETE MULTIVITAMIN.....230
YUMVS MULTI ZERO..... 230
YUMVS VITAMIN C ZERO.....230
YUMVS ZERO DIABETIC MULTIVITAM..... 230
YUMVSKIDS MULTI ZERO.....230
YUTREPIA.....65
YUVAFEM.....84
ZAFEMY..... 77
zafirlukast.....132
zaleplon.....161
zalvit.....230
ZARBEES SLEEP CHILD/MELATONIN..... 69
ZARXIO.....110
ZEASORB-AF.....237
ZEGALOGUE.....70
ZEJULA.....26
ZELBORAF.....26
ZELVYSIA.....83
ZEMAIRA..... 132
ZENATANE.....232
ZENPEP.....96
ZEPBOUND.....69
ZEPHREX-D..... 149
ZERVIATE..... 114
zidovudine.....49
ZILACTIN BABY..... 231
zinc.....189
ZINC 15.....189
zinc chelated..... 189
zinc chloride..... 189
zinc gluconate..... 189
zinc oxide.....246
zinc sulfate..... 189
ziphex.....230
ziprasidone hcl..... 159
ziprasidone mesylate..... 159
ZIRABEV.....26
ZIRGAN..... 115
zoledronic acid.....86
ZOLINZA.....26
zolpidem tartrate..... 161
ZONISADE.....152
zonisamide.....152
ZOO FRIENDS MULTI GUMMIES 230
ZOO FRIENDS/EXTRA C.....230
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF 247
ZOVIA 1/35 (28).....77
ZTALMY.....152
ZUMANDIMINE.....77
ZURZUVAE.....156
ZYDELIG.....26
ZYKADIA.....26
ZYLET.....115
ZYNCOF..... 149
ZYPREXA RELPREVV..... 159, 160
ZYRTEC.....127
ZYRTEC ALLERGY..... 127
ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY. 127
ZYRTEC-D ALLERGY & CONGESTION.....149
ZYRTEC-D ALLERGY & SINUS....149

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 **3/30/2026**. 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.

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

H7635_MKTNDN_C H2126_MKTNDN_C
#3511 Approved 09/13/24

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 fòma 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 Sprachassistenzdienste 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 सहायक सहायता और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-963-1001 (TTY 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

H7635_MKTNOA_C H-2126_MKTNOA_C
#3526 Approved 11/18/2024

ATTENZIONE: Se parlate italiano, avete a disposizione dei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sempre gratuitamente, sono disponibili anche supporti e servizi ausiliari appropriati per fornivi 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 សេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃមានផ្តល់ជូនដល់អ្នក។ ក៏មានការផ្តល់ការគាំទ្រ និងសេវាកម្មជំនួយសមស្របដោយឥតគិតថ្លៃក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានផងដែរ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-963-1001 (TTY 711) ឬពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

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

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

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

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

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

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

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