



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 13

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 30/6/2026. 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: 6/30/2026

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

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



Última actualización: **6/30/2026**

B9. ¿Qué sucede si soy un nuevo miembro de Neighborhood INTEGRITY for Duals y no puedo encontrar mi medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> o tengo inconvenientes para obtenerlo?	11
B10. ¿Puedo pedir una excepción para cubrir mi medicamento?	12
B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?	12
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	12
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	13
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	13
B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?	13
B16. ¿Neighborhood INTEGRITY for Duals cubre productos OTC no farmacológicos?	14
B17. ¿Neighborhood INTEGRITY for Duals cubre suministros de recetas médicas a largo plazo?	14
B18. ¿Puedo recibir recetas en mi domicilio por parte de mi farmacia local?	14
B19. ¿Cuál es mi copago?	14
C. Descripción general de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	15
C1. Lista de medicamentos por afección médica	16
D. Índice de medicamentos cubiertos	249

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



Última actualización: **6/30/2026**

A. Descargos de responsabilidad

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

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

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



Última actualización: **6/30/2026**

B. Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

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



Última actualización: **6/30/2026**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Última actualización: **6/30/2026**

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

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

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

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



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

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

Si se producen estos cambios, haremos lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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



Última actualización: **6/30/2026**

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

También puede pedirnos que cambiemos las normas para su medicamento.

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

B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?

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

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

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

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

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



B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

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

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

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

B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

B19. ¿Cuál es mi copago?

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

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



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

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

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



Última actualización: **6/30/2026**

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

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

C1. Lista de medicamentos por afección médica

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Última actualización: **6/30/2026**

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

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



FECHA EFECTIVA: 7/1/2026

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
Agentes Alquilantes		
<i>bendamustine hcl intravenous solution 100 mg/4ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml, 450 mg/45ml, 50 mg/5ml, 600 mg/60ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/2ml, 1 gm/5ml, 1000 mg/10ml, 2 gm/10ml, 2 gm/4ml, 2000 mg/20ml, 500 mg/5ml, 500 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>cyclophosphamide solution 500 mg/2.5ml intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>cyclophosphamide solution 500 mg/2.5ml intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
FRINDOVYX INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/2ML, 2 GM/4ML, 500 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>lomustine oral capsule 10 mg, 40 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>lomustine oral capsule 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml, 200 mg/40ml, 50 mg/10ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>vivimusta intravenous solution 100 mg/4ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
Agentes Antineoplásticos Hormonales		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
ABIRTEGA ORAL TABLET 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
INLURIYO ORAL TABLET 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
LIFYORLI (125 MG DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1 X 25 MG & 1 X 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 18 cápsulas cada 28 días
LIFYORLI (150 MG DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 25 MG & 1 X 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 27 cápsulas cada 28 días
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>megestrol acetate tablet 20 mg oral</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>megestrol acetate tablet 40 mg oral</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
YONSA ORAL TABLET 125 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
Agentes Moleculares Dirigidos		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 240 cápsulas cada 30 días
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 240 cápsulas cada 30 días
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ORAL THERAPY PACK 0.8 & 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 paquete cada 30 días
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 28 tabletas cada 28 días
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>bortezomib injection solution reconstituted 3.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 300 cápsulas cada 30 días
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
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
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 21 cápsulas cada 28 días
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 84 cápsulas cada 28 días
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 21 cápsulas cada 28 días
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 168 cápsulas cada 28 días
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
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 216 ml cada 27 días
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>imkeldi oral solution 80 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 280 ml cada 28 días
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 28 tabletas cada 28 días
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
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
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 días
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 140 tabletas cada 28 días
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1260 ml cada 30 días
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 112 cápsulas cada 28 días
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 3 cápsulas cada 28 días
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>pazopanib hcl oral tablet 400 mg</i>	\$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
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
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	\$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
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$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
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1875-30000 MG-UT/15ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 frasco cada 21 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: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
TORPENZ ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 64 tabletas cada 28 días
TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK 160 MG, 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 4 paquetes cada 28 días
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 días
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 días
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 42 tabletas cada 28 días
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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 tabletas cada 28 días
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 4 tabletas cada 28 días
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 24 tabletas cada 28 días
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 tabletas cada 28 días
XPOVIO (80 MG 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		
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 5 tabletas cada 28 días
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 100 tabletas cada 28 días
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 80 tabletas cada 28 días
<i>mercaptopurine oral suspension 2000 mg/100ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 14 tabletas cada 28 días
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Diversos		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2 jeringas cada 28 días
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 300 cápsulas cada 30 días
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 20 cápsulas cada 28 días
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
Inhibidores Mitóticos		
<i>docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
DOCIVYX INTRAVENOUS SOLUTION 160 MG/16ML, 20 MG/2ML, 80 MG/8ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>etoposide intravenous solution 1 gm/50ml, 100 mg/5ml, 500 mg/25ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>paclitaxel protein-bound part intravenous suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
Inmunomoduladores		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 28 cápsulas cada 28 días
<i>lenalidomide oral capsule 20 mg, 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 21 cápsulas cada 28 días
<i>pomalidomide oral capsule 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 21 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: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 21 cápsulas cada 28 días
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 112 cápsulas cada 28 días
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 84 cápsulas cada 28 días
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoinmunes		
<i>adalimumab-bwwd subcutaneous solution auto-injector 40 mg/0.4ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 6 autoinyectores cada 28 días
<i>adalimumab-bwwd subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	\$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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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
<i>ustekinumab intravenous solution 130 mg/26ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>ustekinumab subcutaneous solution 45 mg/0.5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 frasco cada 28 días
<i>ustekinumab subcutaneous solution prefilled syringe 45 mg/0.5ml, 90 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 480 ml cada 24 días
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 1 frasco cada 28 días
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
Fármacos Antirreumáticos Modificadores De La Enfermedad (Farme)		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Inmunoglobulinas		
ALYGLO INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
GAMASTAN INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
GAMMAGARD ERC INJECTION SOLUTION 10 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 plumas cada 28 días
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 jeringas cada 28 días
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>tacrolimus er oral capsule extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>tacrolimus er oral capsule extended release 24 hour 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
Vacunas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	PA
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 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
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
<i>penmenvy intramuscular suspension reconstituted</i>	\$0 (Nivel 1)	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 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)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML	\$0 (Nivel 1)	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	\$0 (Nivel 1)	
YF-VAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
ANALGÉSICOS		
Aine		
ADDAPRIN ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ADVIL JUNIOR STRENGTH ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ADVIL ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
CHILDRENS ADVIL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens ibuprofen 100 oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml, 200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CHILDRENS MEDI-PROFEN ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
CHILDRENS MOTRIN ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>eq ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq ibuprofen junior oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$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
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>qc ibuprofen ib oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra pain relief ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sm ibuprofen ib oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
WAL-PROFEN ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-TAP CHILDRENS ORAL ELIXIR 1-2.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
Analgésicos Opioides, De Acción Prolongada		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 4 parches cada 28 días
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hr, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hr, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hr</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 10 parches cada 30 días
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 90 ml cada 30 días
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 450 ml cada 30 días
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Analgésicos Opioides, De Acción Rápida		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 2700 ml cada 30 días
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 400 tabletas cada 30 días
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 360 tabletas cada 30 días
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 360 tabletas cada 30 días
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 2700 ml cada 30 días
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 150 tabletas cada 30 días
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 600 ml cada 30 días
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 ml cada 30 días
<i>morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 900 ml cada 30 días
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 180 ml cada 30 días
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 900 ml cada 30 días
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 360 tabletas cada 30 días
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 240 tabletas cada 30 días
Diversos		
<i>8 hour arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>8 hour pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>8 hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ft pain reliever adults rectal suppository 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft pain reliever children rectal suppository 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft pain reliever ex str adult oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft rapid release pain relief oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>genuine aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp 8 hour arthritis relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp 8 hour pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp adult aspirin low strength oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp children's pain & fever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp infants pain/fever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense aspirin oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense menstrual relief oral tablet 500-60-15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense pain & fever child oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense pain relief extra st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HEALTHY MAMA SHAKE THAT ACHE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>h-e-b aspirin oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ra pain reliever ex st oral liquid 500 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb childrens aspirin oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb low dose asa ec oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb non-aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb non-aspirin oral tablet chewable 160 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb pain reliever ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sm aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ST JOSEPH LOW DOSE ORAL TABLET CHEWABLE 81 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ST JOSEPH LOW DOSE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL 8 HOUR ARTHRITIS PAIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 650 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL 8 HOUR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 650 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL CHILDRENS CHEWABLES ORAL TABLET CHEWABLE 160 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL CHILDRENS ORAL SUSPENSION 160 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL CHILDRENS PAIN + FEVER ORAL SUSPENSION 160 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL FOR CHILDREN + ADULTS ORAL SUSPENSION 160 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER ORAL SUSPENSION 160 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL ORAL CAPSULE 325 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ANTIINFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
EDURANT PED ORAL TABLET SOLUBLE 2.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 400 ml cada 30 días
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 240 tabletas cada 30 días
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 480 tabletas cada 30 días
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>rilpivirine hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 133-200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>emtricitab-rilpivir-tenofovir df oral tablet 200-25-300 mg</i>	\$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)	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>trumeq pd oral tablet soluble 60-5-30 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
Antifúngicos		
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>miconazole sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 93 tabletas cada 30 días
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 600 ml cada 28 días
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 480 tabletas cada 30 días
Antiinfectivos, Varios		
<i>advin covid-19 antigen test in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 672 tabletas cada año
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 300 ml cada 30 días
AZO URINARY TRACT DEFENSE ORAL TABLET 162-162.5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
BLUJEPAL 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
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
CLINITEST RAPID COVID-19 TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>covid-19 at home antigen test in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>covid-19 at-home test in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>covid-19 otc antigen 1-pack in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>covid-19 otc antigen 2-pack in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs covid-19 at home test kit in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs pinworm treatment oral suspension 144 (50 base mg/ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CYSTEX URINARY PAIN RELIEF ORAL TABLET 162-162.5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
DIATRUST COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ellume covid-19 home test in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 12 tabletas cada año
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>fastep covid-19 antigen test in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
GENABIO COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>gnp antibacterial urinary pain oral tablet 162-162.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GOTOKNOW COVID-19 ANTIGEN RAPI IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
INDICAID COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 20 tabletas cada 90 días
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 10 tabletas cada 90 días
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 1800 ml cada 30 días
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 6 tabletas cada 30 días
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ohc covid-19 antigen self test in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pin-away oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>qc urinary pain relief oral tablet 162-162.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>reeses pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
URO-PAIN DUAL ACTION ORAL TABLET 162-162.5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 1.25 gm, 1.5 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 80 cápsulas cada 180 días
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 160 cápsulas cada 180 días
Antimalariales		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
Antivirales		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 336 tabletas cada 28 días
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 168 cápsulas cada año
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 84 cápsulas cada año
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 1080 ml cada año
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	\$0 (Nivel 2)	QL; 40 tabletas cada 90 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefotetan disodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ceftaroline fosamil intravenous solution reconstituted 400 mg, 600 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
Eritromicinas/Macrólidas		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
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)	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
Fluoroquinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 250-62.5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>naftillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>naftillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 5000000 UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 30 tabletas cada 14 días
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
CARDIOVASCULAR		
Alfabloqueantes		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antagonistas Del Receptor De Aldosterona		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antagonistas Del Receptor De Angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>amiodarone hcl oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
PACERONE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D DP - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: 6/30/2026

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
Antilipémicos, Fibratos		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
Antilipémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg-Coa		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
Antilipémicos, Varios		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D DP - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: 6/30/2026

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Combinaciones Beta-Bloqueadores/Diuréticos		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
Combinaciones De Antagonistas Del Receptor De Angiotensina II		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Diversos		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 450 ml cada 30 días
<i>digoxin injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>metirosine oral capsule 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>midodrine hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
Hipertensión Arterial Pulmonar		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
ALYQ ORAL TABLET 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bosentan oral tablet soluble 32 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 360 tabletas cada 30 días
<i>tadalafil (pah) oral tablet 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 140 tabletas cada 28 días
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 paquete cada 30 días
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 2 X 45 MG, 2 X 60 MG, 45 MG, 60 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2 frascos cada 21 días
YUTREPIA INHALATION CAPSULE 106 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 224 cápsulas cada 28 días
YUTREPIA INHALATION CAPSULE 26.5 MCG, 53 MCG, 79.5 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 140 cápsulas cada 28 días
Inhibidores De Ace		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Nitratos		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nitroglycerin transdermal ointment 2 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DIVERSOS		
Diversos		
<i>1st base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>acetic acid solution 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>alcoholado eucaliptino solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ALTADERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
ARBEM H-COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
ARBEM LIOPEN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
ATREVIS HYDROGEL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
AUXIPRO VANISHING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>az cream external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BASE PCCA CLARIFYING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>base w301 external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CHRYSADERM DAY EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
CHRYSADERM NIGHT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>citrus bioflavonoids powder 13 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CLEODERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cream base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cream concentrate external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cutis plus external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs ethyl alcohol solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DHEA 50 ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dhea oral capsule 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DURABASE ADVANCED EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
DURABASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
EMOLIVAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>emollient base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql ethyl alcohol (rubbing) solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ethyl alcohol (rubbing) solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fagron ls plus external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fagron natural external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fagron supreme external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FITALITE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>flavor plus oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>flex base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>freedom adaptaderm external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>freedom derma serum external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FREEDOM DERMA-D EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FREEDOM DERMA-N EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft ethyl rubbing alcohol solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp alcohol denatured solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp ethyl rubbing alcohol solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp rubbing alcohol solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hm petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hydrochloric acid liquid , 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hydrous emulsified base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LIOPEN ABSORPTION ENHANCING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lipo cream base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LIPOCREAM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lipopen ultra base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MAX SLEEP JUNIOR ORAL LIQUID 1 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDIDERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>microderm base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MICROSOME BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi-phasic penetrating cmpd external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NOURILITE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
NOURIVAN ANTIOX BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
OMNIBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oral suspend oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ORAPENN SD ANHYD SWEETENED ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ORA-PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA ALADERM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA ANHYDROUS LIPODERM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA BASE 7542 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA BIOPEPTIDE BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA CANNIDEX 2.0 CUSTOM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA CANNIDEX CUSTOM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA COSMETIC HRT BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA EMOLLIENT CREAM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>stevia extract powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SYRSPEND SF ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>teroderm external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>teroderm-plus external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUCLEAR STEVIA PLUS POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
U-BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
VANIBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vanishing cream botanical base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vanishing external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vanish-pen external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VASELINE EXTERNAL GEL	\$0 (Nivel 1)	DP
VASELINE PURE ULTRA WHITE EXTERNAL GEL	\$0 (Nivel 1)	DP
VERSAPRO EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>versatile cream base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VERSATILE RICH BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
VERSIGEL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vp dermabase external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>white petrolatum external gel</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>white petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>wound care external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
XCEL 100 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
XEMATOP BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
ZARBEES SLEEP CHILD/MELATONIN ORAL LIQUID 1 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
ENDOCRINO Y METABÓLICO		
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.25 MG/0.5ML, 0.5 MG/0.5ML, 1 MG/0.5ML, 1.7 MG/0.75ML, 2.4 MG/0.75ML	\$0 (Nivel 1)	QL; 4 plumas cada 28 días; DP; Fuera del formulario para la Parte D; se requiere PA para la cobertura de Medicaid (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)	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)	
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Elevadores De Glucosa		
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
GLUCO TO GO 15 ORAL GEL 40 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>glucose oral gel 40 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUTOSE 5 ORAL GEL 40 %	\$0 (Nivel 1)	DP
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/0.2ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
RELION GLUCOSE ORAL GEL 15 GM/38GM	\$0 (Nivel 1)	DP
SWEET CHEEKS ORAL GEL 40 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.6 MG/0.6ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
KIONEX COMBINATION SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sodium polystyrene sulfonate combination suspension 15 gm/60ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) COMBINATION SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) RECTAL SUSPENSION 30 GM/120ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
Analógicos De Vitamina D		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 200 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 300 g cada 30 días
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 150 g cada 30 días
Anticonceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
<i>aimsco lubricated</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
AMETHYST ORAL TABLET 90-20 MCG	\$0 (Nivel 2)	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 2)	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 2)	
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
AYUNA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 2)	
CAMRESE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 2)	
CHATEAL EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
<i>condoms</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
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)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	\$0 (Nivel 2)	
DOLISHALE ORAL TABLET 90-20 MCG	\$0 (Nivel 2)	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.02-0.451 mg, 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN	\$0 (Nivel 1)	DP
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
DUREX REALFEEL DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
DUREX TROPICAL	\$0 (Nivel 1)	DP
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
EMZAHH ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	
ENILLORING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
FANTASY LUBRICATED	\$0 (Nivel 1)	DP
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 (Nivel 1)	DP
FC2 FEMALE CONDOM	\$0 (Nivel 1)	DP
FEIRZA 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
FEIRZA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
FINZALA ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 2)	
GALBRIELA ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
HAILEY 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
HAILEY 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 2)	
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)	
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)	
<i>kimono</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KIMONO COLORS DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
KIMONO MAXX-LARGE FLARE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kimono micro thin</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kimono micro thin plus</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kimono plus</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kimono ps</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kimono ps plus</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kimono sensation</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kimono sensation plus</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KIMONO SPECIAL DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LARIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 2)	
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nivel 2)	
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 90-20 mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LOESTRIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LOESTRIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LOESTRIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LOJAIMIESS ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 2)	
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 2)	
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
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)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>maxx</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>maxx plus</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
MELEYA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 2)	
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
MONO-LINYAH ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 2)	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 2)	
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 2)	
TROJAN ENZ	\$0 (Nivel 1)	DP
TROJAN MAGNUM	\$0 (Nivel 1)	DP
TROJAN ULTRA RIBBED LUBRICATED DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
TROJAN ULTRA THIN	\$0 (Nivel 1)	DP
TROJAN ULTRA THIN/SPERMICIDAL	\$0 (Nivel 1)	DP
TROJAN-ENZ LUBRICATED	\$0 (Nivel 1)	DP
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true cover device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDD	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX LUBRICATED	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX NATURAL CONDOMS + LUBE	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX NON-LUBRICATED	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX RIA LUBRICATED	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	\$0 (Nivel 1)	DP
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)	
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	\$0 (Nivel 2)	
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
WERA ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
XARAH FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XELRIA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 2)	
Antidiabéticos, Insulinas		
ADMELOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
CEQUR SIMPLICITY 2U DEVICE	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 10 parches cada 30 días
CEQUR SIMPLICITY 2U DEVICE	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 8 parches cada 24 días
CEQUR SIMPLICITY INSERTER	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 2 insertadores al año
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NOVOLIN 70/30 SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	\$0 (Nivel 1)	DP
NOVOLIN 70/30 SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NOVOLIN N RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
NOVOLIN N SUSPENSION 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	\$0 (Nivel 1)	DP
NOVOLIN N SUSPENSION 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NOVOLIN R RELION INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
NOVOLIN R SOLUTION 100 UNIT/ML INJECTION	\$0 (Nivel 1)	DP
NOVOLIN R SOLUTION 100 UNIT/ML INJECTION	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
NOVOLOG FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
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 LIBRE INTRO KIT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 1 kit cada año
OMNIPOD 5 LIBRE PODS	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 15 cápsulas cada 30 días
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 1 kit cada año
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 15 cápsulas cada 30 días
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 5 plumas cada 25 días
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 5 plumas cada 30 días
Antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dapaglifloz base-metformin er oral tablet extended release 24 hour 10-1000 mg, 10-500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>dapaglifloz base-metformin er oral tablet extended release 24 hour 5-1000 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>dapagliflozin oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 120 tabletas cada 30 días
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 75 tabletas cada 30 días
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 150 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 90 tabletas cada 30 días
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 90 tabletas cada 30 días
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
OZEMPIC ORAL TABLET 1.5 MG, 4 MG, 9 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 240 tabletas cada 30 días
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
Diversos		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>betaine oral powder</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>charcoal activated powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CHEMSTRIP K IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CHEMSTRIP UGK IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D; QL; 120 tabletas cada 30 días
CVS KETONE CARE IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 1)	DP
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
DIASCREEN 10	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 1B	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 1G STRIP	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 1K	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 1K STRIP	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 2GK STRIP	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 2GP	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 3	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 4NL	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 4OBL	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 4PH	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 5	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 6	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 7	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 8	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 9	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diascreen liquid urine control</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
GENOTROPIN MINISQUICK PREFILLED SYRINGE 0.2 MG SUBCUTANEOUS	\$0 (Nivel 1)	DP
GENOTROPIN MINISQUICK PREFILLED SYRINGE 0.2 MG SUBCUTANEOUS	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
GENOTROPIN MINISQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	\$0-\$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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JAVYGTOR ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
KETO-DIASTIX IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ketone test in vitro strip</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOSTIX IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lanreotide acetate subcutaneous solution 120 mcg/0.5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 10 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5.8 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
RELION KETONE TEST IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 1)	DP
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>tolvaptan oral tablet therapy pack 15 mg, 30 & 15 mg, 45 & 15 mg, 60 & 30 mg, 90 & 30 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
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)	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>estradiol vaginal cream 0.01 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
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)	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	\$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)	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>dexamethasone sod phos (pf) injection solution prefilled syringe 10 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution prefilled syringe 4 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>hydrocortisone sod suc (pf) injection solution reconstituted 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	\$0 (Nivel 2)	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
Non-Frf		
ADIPEX-P ORAL TABLET 37.5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ALLI ORAL CAPSULE 60 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>benzphetamine hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diethylpropion hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>orlistat oral capsule 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>phentermine hcl oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>phentermine hcl oral tablet 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>phentermine-topiramate er oral capsule extended release 24 hour 11.25-69 mg, 15-92 mg, 3.75-23 mg, 7.5-46 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
QSYMIA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11.25-69 MG, 15-92 MG, 3.75-23 MG, 7.5-46 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
XENICAL ORAL CAPSULE 120 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
Progestinas		
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
GALLIFREY ORAL TABLET 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>megestrol acetate oral suspension 400 mg/10ml, 800 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>megestrol acetate suspension 40 mg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>megestrol acetate suspension 40 mg/ml oral</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>megestrol acetate suspension 625 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>megestrol acetate suspension 625 mg/5ml oral</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>megestrol acetate tablet 20 mg oral</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>megestrol acetate tablet 40 mg oral</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
Reguladores De Calcio		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
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
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
OSPOMYV SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 1 jeringa cada 180 días
<i>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 6 mg/ml, 90 mg/10ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 1 jeringa cada 180 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST
<i>teriparatide solution pen-injector 560 mcg/2.24ml subcutaneous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
WYOST SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
XTRENBO SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Del Receptor H2		
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
Antiácidos		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>alum & mag hydroxide-simeth oral suspension 1200-1200-120 mg/30ml, 2400-2400-240 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aluminum-magnesium-simethicone oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid & anti-gas max str oral suspension 800-800-80 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid & antigas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 2400-2400-240 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid advanced oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid anti-gas max strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid calcium oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid calcium rich oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid extra strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid fast relief oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>antacid i oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid iii oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid liquid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid m oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml, 800-800-80 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid/antigas oral suspension 400-400-40 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid/simethicone ds oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carbonate antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CAL-GEST ANTACID ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>comfort gel antacid & anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>comfort gel antacid anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>comfort gel oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs antacid maximum strength oral suspension 800-800-80 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs antacid plus antigas oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft antacid & antigas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft antacid regular strength oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GELUSIL ORAL TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>geri-lanta maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PEPTO-BISMOL ORAL TABLET CHEWABLE 262 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
PEPTO-BISMOL TO-GO ORAL TABLET CHEWABLE 262 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pink bismuth maximum strength oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pink bismuth oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc diarrhea relief oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc pink bismuth oral suspension 262 mg/15ml, 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc pink bismuth oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc stomach relief oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra stomach relief oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RESTORA RX ORAL CAPSULE 60-1.25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb anti-diarrhea oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb bismuth oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SOOTHE MAXIMUM STRENGTH ORAL SUSPENSION 525 MG/15ML	\$0 (Nivel 1)	DP
SOOTHE ORAL SUSPENSION 262 MG/15ML, 525 MG/30ML	\$0 (Nivel 1)	DP
SOOTHE ORAL TABLET CHEWABLE 262 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stomach relief extra strength oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stomach relief oral suspension 525 mg/15ml, 525 mg/30ml, 527 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stomach relief oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stomach relief plus oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
Antieméticos		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>aprepitant oral capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>dronabinol capsule 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dronabinol capsule 10 mg oral</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D; QL; 60 cápsulas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cvs gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs infants gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>drxchoice gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq gas relief oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq infants gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml, 40 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql gas gone oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql gas relief oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml, 40 mg/0.6ml, 80 mg/1.2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gas relief oral liquid 40 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GAS-X EXTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
GAS-X EXTRA STRENGTH ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
GAS-X INFANT DROPS ORAL LIQUID 20 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 1)	DP
GAS-X MAXIMUM STRENGTH ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
GAS-X ULTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 180 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>gnp anti-gas oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp infant gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense gas relief extra st oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense gas relief oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>heartland gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>infants gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml, 40 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
LITTLE REMEDIES GAS RELIEF ORAL SUSPENSION 20 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>loperamide hcl capsule 2 mg oral</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
MOMMY'S BLISS GAS RELIEF DROPS ORAL SUSPENSION 20 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
MYLICON INFANTS GAS RELIEF ORAL SUSPENSION 20 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIACARE INFANTS GAS RELIEF ORAL SUSPENSION 20 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 1)	DP
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
PHAZYME ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
PHAZYME ULTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 180 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc anti-gas oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc gas relief oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra gas relief oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 28 frascos cada 28 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
<i>sb anti-gas oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb gas relief oral suspension 40 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb gas relief oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>simeped oral suspension 40 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>simethicone drops infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>simethicone extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>simethicone oral capsule 125 mg, 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>simethicone oral suspension 40 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>simethicone oral tablet chewable 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>simethicone ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sucrafate oral tablet 1 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>teeny tummy gas relief drops oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL THERAPY PACK 500-20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 2 kits al año
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL THERAPY PACK 500-500-20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 2 kits al año
VOWST ORAL CAPSULE	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 12 cápsulas cada 30 días
WAL-FEX ALLERGY TABLET 180 MG ORAL	\$0 (Nivel 1)	DP
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 90 cápsulas cada 30 días
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 180 cápsulas cada 30 días
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 1680 ml cada 28 días
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 supositorios cada 30 días
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 28 botellas cada 28 días
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
Inhibidores De La Bomba De Protones		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	ST; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
Laxantes		
AVEDANA GLYCERIN (ADULT) RECTAL SUPPOSITORY 2 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bisacodyl ec oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bisacodyl laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bisacodyl rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BLACK-DRAUGHT LAX-SENNAL ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
COLACE 2-IN-1 ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
COLACE CLEAR ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
COLACE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cvs c-lax laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs daily fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs daily fiber oral powder 51.7 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs enema disposable rectal enema 19-7 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs enema ready-to-use rectal enema 19-7 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EVAC ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
EVAC-U-GEN ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
EX-LAX MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
EX-LAX ULTRA ORAL TABLET DELAYED RELEASE 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fiber laxative + calcium oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fiber oral powder 25 %, 28.3 %, 51.7 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FIBERCON ORAL TABLET 625 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fiber-lax oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FLEET ENEMA RECTAL ENEMA 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
<i>ft clearlax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft enema rectal enema 19-7 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft fiber oral powder 25 %, 27 %, 43 %, 51.7 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft fiber supplement oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft senna laxatives oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft stool softener oral tablet 50-8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gavilax oral packet 17 gm, 8.5 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gavilax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	\$0 (Nivel 2)	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0 (Nivel 2)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	\$0 (Nivel 2)	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>gentle laxative oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>geri-kot oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>geri-mucil oral powder 25 %, 51.7 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>glycerin (adult) rectal suppository 2 gm, 2.1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>glycerin (child) rectal suppository 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>glycerin (infants & children) rectal suppository 1 gm, 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>glycerin (pediatric) rectal suppository 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>glycerin adult rectal suppository 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>glycerin childrens rectal suppository 1 gm, 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GLYCOLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
GNP CLEARLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
GNP CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp fiber oral powder 43 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp fiber-caps oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp glycerin (adult) rectal suppository 2.1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp glycerin child rectal suppository 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp natural fiber oral powder 28.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp senna lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp stool softener oral capsule 100 mg, 240 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GOODSENSE CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense enema rectal enema 19-7 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>goodsense fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense laxative pills oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense psyllium fiber oral powder 51.7 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense stimulant lax plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HEALTHYLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hm enema rectal enema 19-7 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HYDROCIL ORAL POWDER 95 %	\$0 (Nivel 1)	DP
KLS LAXACLEAR ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kls stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KONSYL DAILY PSYLLIUM FIBER ORAL POWDER 25 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp bisacodyl oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>laxative max str oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>laxative regular strength oral tablet 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDI-LAX ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDI-MUCIL ORAL CAPSULE 0.52 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>medi-natural oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>medi-natural plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
METAMUCIL 3 IN 1 DAILY FIBER ORAL CAPSULE 400 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
METAMUCIL 4 IN 1 FIBER ORAL POWDER 43 %, 55.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
METAMUCIL FREE & NATURAL ORAL POWDER 43 %	\$0 (Nivel 1)	DP
METAMUCIL PREMIUM BLEND ORAL POWDER 52.63 %	\$0 (Nivel 1)	DP
METAMUCIL SMOOTH TEXTURE ORAL POWDER 28.3 %, 58.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml, 2400 mg/30ml, 400 mg/5ml, 7.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mineral oil heavy oil</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mineral oil lubricant laxative oral oil</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MIRALAX MIX-IN PAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
MIRALAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
MM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mm stool softener laxative oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mm stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>natural fiber laxative oral powder 28.3 %, 30.9 %, 58.6 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>natural fiber oral powder 58.6 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>natural psyllium seed oral powder 100 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>natural senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ONELAX DAILY FIBER ORAL POWDER 83 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ONELAX FIBER THERAPY ORAL POWDER 25 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ONELAX RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ONELAX SENNA ORAL SYRUP 8.8 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIA-LAX ORAL LIQUID 50 MG/15ML	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIA-LAX RECTAL SUPPOSITORY 2.8 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>peg 3350 oral packet 17 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>peg 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	
PERDIEM OVERNIGHT RELIEF ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA ORAL SUSPENSION 400 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>polyethylene glycol 3350 oral packet 17 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PROCTOZONE-B RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
PROLAXA ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>psyl dex oral powder 30 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>psyllium fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc docusate calcium oral capsule 240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc enema rectal enema 19-7 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc fiber laxative oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc fiber therapy oral powder 25 %, 51.7 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc gentle laxative womens oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc glycerin rectal suppository 2.1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc natural vegetable oral powder 95 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc natura-lax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc psyllium fiber oral powder 43 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc stool softener pls laxative oral tablet 50-8.6 mg, 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vegetable laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra 2-in-1 lax/stool softener oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra col-rite oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra enema rectal enema 19-7 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra fast relief laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra laxative oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra multihealth fiber oral powder 43 %, 58.6 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra p col-rite oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra womens laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$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
<i>sb bisacodyl laxative ec oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb docusate sodium oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb docusate sodium/senna oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb fib lax orange oral powder 30 %, 33 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb gentle lax-women oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sb glycerin adult rectal suppository 2.1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb glycerin pediatric rectal suppository 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb natural fiber laxative oral powder 49 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb senna-lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb stool softener oral capsule 240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senexon-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna oral capsule 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna oral liquid 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna oral syrup 26.4 mg/15ml, 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SENNASMOOTH ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna-docusate sodium oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna-lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna-plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna-tabs oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna-time oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna-time s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sennazon oral syrup 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sennosides oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sennosides-docusate sodium oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SENNOKOT EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 17.2 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SENNOKOT KIDS GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 8.7 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SENNOKOT LAXATIVE GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 8.7 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SENNOKOT ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SENNOKOT S ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SENNOKOT LAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
SENNOKOT LAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sod phos mono-sod phos dibasic rectal enema 19-7 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stimulant laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>stool softener laxative oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stool softener laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stool softener oral capsule 100 mg, 240 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stool softener oral liquid 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stool softener plus laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stool softener/laxative oral tablet 50-8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SURFAK ORAL CAPSULE 240 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
THE MAGIC BULLET RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true laxative oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vegetable lax+stool softener oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-MUCIL ORAL CAPSULE 0.52 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-MUCIL ORAL POWDER 100 %, 28.3 %, 43 %, 51.7 %, 58.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
WE CARE ENEMA RECTAL ENEMA 19-7 GM/118ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>womans laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>womens laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GENITOURINARIO		
Antiespasmódicos Urinarios		
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 300 ml cada 28 días
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 600 ml cada 30 días
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
Antiinfecciosos Vaginales		
<i>3 day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>7 day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clotrimazole-7 vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs miconazole 1 combo pack vaginal kit 1200 & 2 mg & %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs miconazole 3 combo pack vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs miconazole 3 combo-suppl vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ENCARE VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq miconazole 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq miconazole 3-day combo vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft 7 day vaginal vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft miconazole 3 comb pack-suppl vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft miconazole 3 combo pack vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp miconazole 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>miconazole 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>miconazole 3 combo pack vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>miconazole 3 combo-suppl vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>miconazole 7 vaginal suppository 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>miconazole nitrate combo pack vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>miconazole nitrate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MONISTAT 1 COMBO PACK VAGINAL KIT 1200 & 2 MG & %	\$0 (Nivel 1)	DP
MONISTAT 1 DAY OR NIGHT VAGINAL KIT 1200 & 2 MG & %	\$0 (Nivel 1)	DP
MONISTAT 3 COMBINATION PACK VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nivel 1)	DP
MONISTAT 3 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nivel 1)	DP
MONISTAT 3 VAGINAL CREAM 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
MONISTAT 7 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 100 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nivel 1)	DP
MONISTAT 7 SIMPLY CURE VAGINAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL 3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra clotrimazole 7 vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra miconazole 3 combo pack app vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra miconazole 3 combo pack vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
VAGISTAT-3 VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nivel 1)	DP
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
Diversos		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
Hiperplasia Prostática Benigna		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 60 cápsulas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 150 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
ELIQUIS (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
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 25000-0.45 ut/500ml-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>heparin sodium (porcine) pf injection solution 1000 unit/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>rivaroxaban oral suspension reconstituted 1 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 620 ml cada 30 días
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 51 tabletas cada 30 días
Diversos		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
ALVAIZ ORAL TABLET 54 MG, 9 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>foltrin oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft iron oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft iron slow release oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FUSION ORAL CAPSULE 65-65-25-30 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
FUSION PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp iron oral tablet 200 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GOODSENSE IRON ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
HEMATEX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hematinic/folic acid oral tablet 324-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HEMATOGEN FA ORAL CAPSULE 200-250-0.01-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
HEMATOGEN FORTE ORAL CAPSULE 460-60-0.01-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
HEMATOGEN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
HEMOCYTE PLUS ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>high potency iron oral tablet 65 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ICAR ORAL SUSPENSION 15 MG/1.25ML	\$0 (Nivel 1)	DP
IFEREX 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
INFED INJECTION SOLUTION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML	\$0 (Nivel 1)	DP
INTEGRA F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
INTEGRA ORAL CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
INTEGRA PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
IROFOL ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron (ferrous sulfate) oral solution 75 (15 fe) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron (ferrous sulfate) oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron 27 oral tablet 240 (27 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron chews pediatric oral tablet chewable 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron complex oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron folate plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron high-potency oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron high-potency oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron infant & toddler oral solution 75 (15 fe) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron infant/toddler oral solution 75 (15 fe) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 28 mg, 325 (65 fe) mg, 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron slow release oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron sucrose intravenous solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>iron supplement oral solution 15 mg/ml, 220 (44 fe) mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
IRON UP ORAL LIQUID 15 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron-vitamin c oral tablet 65-125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp ferrous gluconate oral tablet 324 (37.5 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
K-TAN PLUS ORAL CAPSULE 162-115.2-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MONOFERRIC INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/10ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MULTIGEN ORAL TABLET 70 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MULTIGEN PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution 12.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nat-rul iron oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NEPHRON FA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
NIFEREX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
NOVAFERRUM 50 ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NOVAFERRUM ORAL LIQUID 125 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS ORAL LIQUID 15 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE VITE FERROUS SULFATE ORAL SOLUTION 220 (44 FE) MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pc pediatric iron drops oral solution 75 (15 fe) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
POLY-IRON 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>polysaccharide-iron complex oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>purevit dualfe plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra high potency iron oral tablet 27 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra iron oral tablet 27 mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra slow release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>se-tan plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>slow iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>slow release iron oral tablet extended release 45 mg, 47.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SPATONE PUR-ABSORB IRON ORAL SOLUTION 5 MG/20ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sv iron oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TANDEM ORAL CAPSULE 53-53 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
TANDEM PLUS ORAL CAPSULE 162-115.2-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
TRICON ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>trigels-f forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
VITRON-C ORAL TABLET 65-125 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>wee care oral suspension 15 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
Inhibidores De Agregación Plaquetaria		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
OFTÁLMICOS		
Antialérgicos		
<i>allergy eye ophthalmic solution 0.025-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cvs eye allergy relief ophthalmic solution 0.027-0.315 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq eye allergy relief ophthalmic solution 0.027-0.315 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eye allergy relief ophthalmic solution 0.025-0.3 %, 0.027-0.315 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NAPHCN-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
OPCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.027-0.315 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra eye allergy relief ophthalmic solution 0.027-0.315 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VISINE OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
Antiglaucoma		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	\$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: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SYSTANE ULTRA OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE ULTRA PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
THERATEARS EXTRA OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0 (Nivel 1)	DP
THERATEARS NIGHTTIME OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
THERATEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ULTRA FRESH OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ultra lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ultra lubricating eye drops pf ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ÓTICOS		
Agentes Óticos		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
FLAC OTIC OIL 0.01 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
RESPIRATORIOS		
Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 blísteres cada 30 días
<i>ipratropium bromide hfa inhalation aerosol solution 17 mcg/lact</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 1 inhalador cada 30 días
Antihistamínicos		
<i>12hr allergy relief oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>24hr allergy relief oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ALAVERT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aler-cap oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>alertab oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>all-day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ALLEGRA ALLERGY ORAL TABLET 180 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aller-chlor oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy (cetirizine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy 24hour indoor/outdoor oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy 24-hr oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy rel child (loratadine) oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief (cetirizine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief (loratadine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief 24-hr oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief cetirizine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief childrens 24-hr oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief childrens oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief oral liquid 25 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief oral tablet 10 mg, 180 mg, 25 mg, 4 mg, 5 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief/indoor/outdoor oral tablet 10 mg, 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>anti-hist allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>	\$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
<i>cetirizine hcl allergy child oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cetirizine hcl childrens alrgy oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cetirizine hcl childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cetirizine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cetirizine hcl solution 5 mg/5ml oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cetirizine hcl solution 5 mg/5ml oral (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cetirizine hcl solution 5 mg/5ml oral (rx)</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 300 ml cada 30 días
<i>childrens 24 hour allergy oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>chlorhist oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>chlorphen oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>chlorpheniramine maleate er oral tablet extended release 12 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>chlorpheniramine maleate oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CHLOR-TRIMETON ALLERGY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CLARITIN ALLERGY CHILDRENS ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
CLARITIN CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CLARITIN ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CLARITIN ORAL TABLET CHEWABLE 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CLARITIN REDITABS JUNIORS ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CLARITIN REDITABS ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clemastine fumarate oral tablet 2.68 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cold multi-symptom severe day oral tablet 5-10-200-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>complete allergy medicine oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>complete allergy medicine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>complete allergy relief oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>curelief oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allerg rel child (lorat) oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy & hives relief oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy relief adult oral liquid 50 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy relief childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>goodsense all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense aller-ease oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense allergy relief child oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense allergy relief oral tablet 10 mg, 25 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>h-e-b childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
KINDERMED KIDS ALLERGY ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
KLS ALLERCLEAR ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
KLS ALLER-FEX ORAL TABLET 180 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cls allergy medicine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KLS ALLER-TEC CHILDRENS ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
KLS ALLER-TEC ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp diphenhydramine hcl oral capsule 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp fexofenadine hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 300 ml cada 30 días
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (rx)</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>liquid allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>loradamed oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>loratadine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MAXALLERGY KIDS ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>m-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer allergy relief oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer antihistamine allergy oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
WAL-ZYR CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-ZYR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-ZYR ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
XYZAL ALLERGY 24HR ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ZYRTEC ALLERGY ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY ORAL SOLUTION 1 MG/ML, 5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ZYRTEC ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
Beta Agonistas		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	ST; QL; 2 inhaladores cada 30 días
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 inhalaciones cada 30 días
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 6 inhaladores cada 30 días
Combinaciones De Anticolinérgicos/Beta Agonistas		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 blísteres cada 30 días
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 1 inhalador cada 30 días
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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 blísteres cada 30 días
Combinaciones De Esteroides/Beta Agonistas		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 1 inhalador cada 30 días
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 blísteres cada 30 días
BREYNA INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
DULERA INHALATION AEROSOL 100-5 MCG/ACT, 200-5 MCG/ACT, 50-5 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 inhalaciones cada 30 días
WIXELA INHUB INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 inhalaciones cada 30 días
Diversos		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
AEROCHAMBER HOLDING CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER MINI CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER MV	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL	\$0 (Nivel 1)	DP
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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER2GO ANTI-STATIC DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROVENT PLUS DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>asthma relief oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>breathe comfort chamber/adult device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>breathe comfort chamber/child device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>breathe ease large device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>breathe ease medium device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>breathe ease small device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
BRONKAID MAX ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>classic neti pot sinus wash nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>cromolyn sodium nasal aerosol solution 5.2 mg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy relief neti pot nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs asthma relief oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs neti pot soft tip nasal kit 700-2300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs saline sinus wash refills nasal packet 700-2300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs sinus wash system nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EASIVENT	\$0 (Nivel 1)	DP
EASIVENT MASK LARGE	\$0 (Nivel 1)	DP
EASIVENT MASK MEDIUM	\$0 (Nivel 1)	DP
EASIVENT MASK SMALL	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>eq space chamber anti-static device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq space chamber anti-static I device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 frascos cada 28 días
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 4000 MG, 5000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
Esteroides Nasales		
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 3 botellas cada 30 días
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 1 botella cada 30 días
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION 93 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 32 ml cada 30 días
Inhalantes Esteroides		
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 160 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 80 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 inhalaciones cada 30 días
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
Moduladores De Leucotrieno		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
Tos Y Resfriado		
<i>12 hour allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>12 hour decongestant nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>12 hour decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>12 hour nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>12 hour nasal relief spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>12 hour nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>12 hr mucus relief max oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
4-WAY FAST ACTING NASAL SOLUTION 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>actidom dmx oral liquid 10-30-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ACTINEL DM ORAL LIQUID 10-20-400 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
AFRIN 12 HOUR NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AFRIN ALLERGY SINUS 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: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AFRIN NODRIP CHILDRENS NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AFRIN NODRIP EXTRA MOISTURE NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AFRIN NODRIP NIGHT NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AFRIN NODRIP ORIGINAL NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AFRIN NODRIP SEVERE CONGEST NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AFRIN NODRIP SINUS NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AFRIN ORIGINAL NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AFRIN SEVERE CONGESTION NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ALAVERT D-12 HOUR ALLERGY/CONG ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>all day allergy d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy d-12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy rel d12 (cetirizine) oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief d12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief d-12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief d-24 oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>altarusin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>altarusin oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>altipres oral liquid 5-10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>altipres pediatric oral liquid 2.5-5-75 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>altituss oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs dm maximum adult oral liquid 5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs mucus dm extended release oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs mucus extended release oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs multi-symptoms cold child oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nasal decongestant inhalation inhaler 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nasal mist nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nasal spray nasal solution 0.05 %, 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs severe cough/congest oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs sinus nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs sinus pe decongestant oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs tussin adult chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs tussin cough oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs tussin dm max st oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs tussin dm oral liquid 10-100 mg/5ml, 200-20 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs tussin maximum strength oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs tussindm cough/chest adult oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DECONEX IR ORAL TABLET 10-385 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>decongestant vapor inhalation inhaler</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DELSYM CGH/CHEST CONG DM CHILD ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
DELSYM COUGH CHILDRENS ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
DELSYM COUGH/CHEST CONGEST DM ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
DELSYM ORAL LIQUID EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
DELSYM ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
DESGEN DM ORAL LIQUID 5-10-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
DESGEN PEDIATRIC ORAL LIQUID 2.5-5-50 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: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>g-supress dx pediatric oral liquid 2.5-5-50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
G-TRON PED ORAL LIQUID 10-15-350 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
G-TRON PEDIATRIC DROPS ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
G-TUSICOF ORAL LIQUID 10-20-400 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaiaisorb dm oral liquid 10-100 mg/5ml, 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaiaitussin ac oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaifed oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaifed-dm oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaifenesin dm oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaifenesin er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaifenesin oral liquid 100 mg/5ml, 200 mg/10ml, 300 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaifenesin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml, 200-20 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaifenesin-dm oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaifenesin-dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
G-ZYNCOF ORAL SYRUP 20-400 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
HERBAL EXPEC ORAL LIQUID 150 MG/15ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hm mucus relief er max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HYCODAN ORAL SOLUTION 5-1.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
HYCODAN ORAL TABLET 5-1.5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release 10-8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet 5-1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hydromet oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HYPERSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 7 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>igualtuss oral liquid 10-28-388 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>intense cough reliever oral liquid 20-300 mg/5ml, 30-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KLS ALLERCLEAR D-12HR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
KLS ALLERCLEAR D-24HR 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: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KLS ALLER-TEC D ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lohist-dm oral syrup 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>long acting nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>long lasting nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>loratadine-d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>loratadine-d 24hr oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID 225-7.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MAX TUSSIN DM COUGH&CHEST CONG ORAL LIQUID 10-100 MG/5ML, 20-200 MG/10ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MAX TUSSIN MUCUS & CHEST CONG ORAL LIQUID 200 MG/10ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>maxifed oral tablet 60-360 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>maxi-tuss ac oral solution 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>maxi-tuss cd oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>maxi-tuss g oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>maxi-tuss gmx oral liquid 10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>medi-tussin dm double strength oral liquid 30-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>medi-tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer allergy relief-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX CHILDRENS FREEFROM ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX COLD CHILDRENS ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX COUGH & CONGEST CHILD ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX COUGH CHILDRENS ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX COUGH FOR KIDS ORAL LIQUID† 5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX DM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 30-600 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS ORAL LIQUID 400 MG/20ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX FAST-MAX CONGEST COUGH ORAL LIQUID 2.5-5-100 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: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PULMOSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 7 %	\$0 (Nivel 1)	DP
qc loratadine-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
qc medifin mucus relief child oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
qc mucus & cough relief child oral liquid 5-100 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
qc mucus relief childrens oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
qc mucus relief dm max oral liquid 5-100 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
qc mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
qc mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
qc mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
qc mucus relief severe 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
qc tussin dm cough/congestion oral liquid 10-100 mg/5ml, 20-200 mg/10ml	\$0 (Nivel 1)	DP
qc vapor inhaler inhalation inhaler 50 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
QLEARQUIL NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ra 12 hour nasal spray nasal solution 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy relf & nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy rlf/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy/congestion relief-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
ra cetiri-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
ra cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
ra decongestant inhaler inhalation inhaler	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 600 ml cada 30 días
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 360 ml cada 30 días
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 680 ml cada 28 días
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 360 cápsulas cada 30 días
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 270 cápsulas cada 30 días
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 2160 ml cada 30 días
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 1200 ml cada 30 días
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>levetiracetam oral tablet disintegrating soluble 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 360 tabletas cada 30 días
<i>levetiracetam oral tablet disintegrating soluble 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 10 unidades nasales cada 30 días
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>perampanel oral suspension 0.5 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 680 ml cada 28 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 1500 ml cada 30 días
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
RELGAABI ORAL CAPSULE 300 MG	\$0 (Nivel 2)	QL; 360 cápsulas cada 30 días
RELGAABI ORAL CAPSULE 400 MG	\$0 (Nivel 2)	QL; 270 cápsulas cada 30 días
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2400 ml cada 30 días
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 480 tabletas cada 30 días
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 360 tabletas cada 30 días
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 180 tabletas cada 30 días
SUBVENITE ORAL SUSPENSION 10 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST
SUBVENITE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 1)	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 hojas cada 30 días
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 480 ml cada 30 días
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 10 blísteres cada 30 días
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 7.5 MG/0.1ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 10 blísteres cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 10 MG/0.1ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 10 blísteres cada 30 días
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 10 blísteres cada 30 días
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 paquetes cada 30 días
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 paquetes cada 30 días
VIGADRONE ORAL TABLET 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 56 tabletas cada 28 días
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 56 tabletas cada 28 días
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 30 tabletas cada 30 días
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 60 tabletas cada 30 días
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 28 tabletas cada 28 días
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 28 tabletas cada 28 días
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1100 ml cada 30 días
Agentes Antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 300 cápsulas cada 30 días
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 150 ml cada 30 días
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 150 ml cada 30 días
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 150 tabletas cada 30 días
Antidemencia		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 200 ml cada 30 días
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>memantine hcl-donepezil hcl er oral capsule extended release 24 hour 14-10 mg, 21-10 mg, 28-10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7-10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 parches cada 30 días
Antidepresivos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 parches cada 30 días
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
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
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>mirtazapine oral tablet 7.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 1800 ml cada 30 días
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 28 cápsulas cada 14 días
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 14 cápsulas cada 14 días
Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML, 960 MG/3.2ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 1 jeringa cada 56 días
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 1 jeringa cada 28 días
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 1 inyección cada 28 días
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 900 ml cada 30 días
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST; QL; 60 tabletas cada 30 días
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 1 jeringa cada 56 días
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 1 jeringa cada 28 días
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 270 tabletas cada 30 días
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 270 tabletas cada 30 días
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
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
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLET 1 & 2 & 6 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 2 paquetes cada año
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 1 inyección cada 180 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 78 MG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 1 jeringa cada 28 días
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 1 jeringa cada 28 días
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 1 jeringa cada 90 días
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 3 frascos cada 1 día
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST; QL; 30 tabletas cada 30 días
OPIPZA ORAL FILM 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 hojas cada 30 días
OPIPZA ORAL FILM 2 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 hojas cada 30 días
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 60 tabletas cada 30 días
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 60 tabletas cada 30 días
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 30 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 2 inyecciones cada 28 días
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 2 inyecciones cada 28 días
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 240 ml cada 30 días
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>risperidone oral tablet dispersible 4 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST; QL; 120 tabletas cada 30 días
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
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$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
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 6 inyecciones cada 3 días
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 2 frascos cada 28 días
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2 frascos cada 28 días
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 frasco cada 28 días
Desorden Hiperactivo Y Déficit De Atención		
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>atomoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 1800 ml cada 30 días
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$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
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
Hipnóticos		
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
Migraña		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 1 pluma cada 30 días
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 ml cada 30 días
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 3 jeringas cada 30 días
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 2 plumas cada 30 días
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 2 jeringas cada 30 días
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 40 tabletas cada 28 días
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 12 tabletas cada 30 días
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 16 tabletas cada 30 días
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 18 tabletas cada 30 días
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 18 tabletas cada 30 días
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 12 unidades cada 30 días
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 24 unidades cada 30 días
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 12 tabletas cada 30 días
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 12 inyecciones cada 30 días
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 12 inyecciones cada 30 días
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 16 tabletas cada 30 días
Narcolepsia/Cataplexia		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 540 ml cada 30 días
Non-Frf		
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>gabapentin oral solution 300 mg/6ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 2160 ml cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 90 tabletas cada 30 días
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
Psicoterapéutico, Varios		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 4-1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 90 hojas cada 30 días
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 180 hojas cada 30 días
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 hojas cada 30 días
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>cvs nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nicotine mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>eq nicotine mouth/throat lozenge 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

SUPLEMENTOS NUTRICIONALES

Diversos

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMPLETEAT PEDI PEPTIDE 1.5 ENTERAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLETEAT PEDI PEPTIDE 1.5 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLETEAT PEDI STANDARD 1.0 ENTERAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLETEAT PEDI STANDARD 1.0 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLETEAT PEDI STANDARD 1.4 ENTERAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLETEAT PEDI STANDARD 1.4 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLETEAT PEDIATRIC ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLETEAT PEDIATRIC ORG BLENDS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLETEAT PEPTIDE 1.5 ENTERAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLETEAT PEPTIDE 1.5 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLETEAT STANDARD 1.4 ENTERAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLETEAT STANDARD 1.4 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLEX ESSENTIAL MSD ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>coq10 gummies adult oral tablet chewable 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>coq10 maximum strength oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>coq10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>coq-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 30 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs coq-10 oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs coq-10 ultra oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs melatonin oral tablet 10 mg, 3 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nutrition liquid oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nutrition plus chocolate oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nutrition plus oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nutrition plus vanilla oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nutritional shake oral liquid</i>	\$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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENTERADE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENU COMPLETE NUTRITION SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENU NUTRITIONAL SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENU PRO3 PLUS ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
EO28 SPLASH ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq nutritional shake oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq nutritional shake plus oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq weight loss shake oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql coq10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>equacare jr oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EQUATE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
EQUATE PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
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
<i>ft co q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft co q-10 rapid release oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft melatonin oral tablet 3 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GA ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
GA-1 ANAMIX EARLY YEARS ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
GELATEIN MCT ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA 1.0 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA 1.0 CAL/CARBSTEADY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA 1.0 CAL/FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA 1.2 CAL 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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GLUCERNA OS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA SELECT ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA SNACK SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA WEIGHT LOSS SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>glutamine oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUTAREX-1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUTAREX-2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
GLYTACTIN BETTERMILK ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
GLYTACTIN RESTORE 10 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLYTACTIN RESTORE LITE 10 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLYTACTIN RTD 10 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLYTACTIN RTD 15 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLYTACTIN RTD LITE 15 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLYTROL PREBIO1 ENTERAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLYTROL PREBIO1 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp co q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp co q10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp melatonin maximum strength oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense nutrisure original oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense nutrisure plus oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>haelan 951 fermented soy oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>haelan htpi fermented soy oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HCU ANAMIX EARLY YEARS ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
HCU ANAMIX NEXT ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
HCU COOLER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
HCU COOLER15 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
HCU LOPHLEX LQ ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
HCU MAXAMUM ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
HCY 1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
HCY 2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
HEALTH SOURCE ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
HEALTHY ACCENTS NUTRA FIT ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
HEALTHY ACCENTS NUTRA FIT PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
HI-CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>high-protein nutritional shake oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HOM 2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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
<i>kale/quinoa/berries oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kale/quinoa/berries plus oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kale/quinoa/berries plus pedia oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KATE FARMS GLUCOSE SUPPORT 1.2 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KATE FARMS KIDS NUTRITION ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KATE FARMS PED PEPTIDE 1.0 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KATE FARMS PED PEPTIDE 1.5 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KATE FARMS PED STANDARD 1.2 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KATE FARMS PEPTIDE 1.0 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KATE FARMS PEPTIDE 1.5 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KATE FARMS RENAL SUPPORT 1.8 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KATE FARMS STANDARD 1.0 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KATE FARMS STANDARD 1.4 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>keto oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOCAL 2.5:1 LQ MULTI FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOCAL 3:1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOCAL 4:1 LQ MULTI FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOCAL 4:1 LQ MULTI-FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOCAL 4:1 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOCAL 4:1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ketogen oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KETONEX-1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
KETONEX-2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOVIE 3:1 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOVIE 4:1 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOVIE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOVIE PEPTIDE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KFLO ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KIDS PLANT PROTEIN SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KIDS PROTEIN ORGANIC SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KINDERSPROUT PLANT PROTEIN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
K-PAX PROTEIN BLEND IMMUNE ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lecithin oral granules</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>l-glutamine oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LIL MIXINS-EGG ORAL POWDER 5 GM/5GM	\$0 (Nivel 1)	DP
LIL MIXINS-PEANUT ORAL POWDER 5 GM/5GM	\$0 (Nivel 1)	DP
LIPISTART ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
LIQUID HOPE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
LIQUID HOPE PEPTIDE BERRY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
LIQUID HOPE PEPTIDE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
LMD ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
LOPHLEX LQ 20 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
LPS CRITICAL CARE SUGAR FREE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
LPS SUGAR FREE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
MALTOCARB ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mega coq10 oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>melatonin extra strength oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>melatonin maximum strength oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/4ml, 2.5 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>melatonin oral tablet 1 mg, 10 mg, 3 mg, 3-10 mg, 300 mcg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
METHIONAID ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
MMA/PA ANAMIX EARLY YEARS ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
MMA/PA ANAMIX NEXT ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
MMA/PA COOLER15 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
MMA/PA MAXAMUM ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
MODULEN ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
MONOGEN ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
MSUD 2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
MSUD AID ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
MSUD ANAMIX EARLY YEARS ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
MSUD COOLER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
MSUD LOPHLEX LQ ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
MSUD MAXAMAID ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
MSUD MAXAMUM ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nac 600 oral capsule 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nac oral capsule 500 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>n-acetyl cysteine oral capsule 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NEOCATE INFANT HYPOALLERGENIC ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
<i>nutrifocus oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NUTRIHEP 1.5 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional drink mix oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional drink oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional drink plus oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional drink shake mix oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional shake complete oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional shake high protein oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional shake oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional shake plus oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional shake plus protein oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional supplement oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional supplement plus oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
OA 1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
OA 2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
OPTICLEANSE GHI ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
OPTIMENTAL 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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
PEDIASURE SIDEKICKS ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE SIDEKICKS SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE/FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pediatric drink oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN 1 CAL/PREBIO1 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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
<i>pku trio oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
POLYCAL ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PORTAGEN ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PROMOD ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PROMOD ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PROMOTE 1.0 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PROMOTE 1.0 WITH FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PROMOTE 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
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
<i>push 20+ advanced oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc co q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc melatonin max st oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
Q-SORB CO Q-10 ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ra coenzyme q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra melatonin oral tablet 10 mg, 3 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RE/NEPH LP/HC ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
RE/NEPH ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
RE/NEPH REDUCED SUGAR ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
REASON ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>regular nutritional shake oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RENALCAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
RENASTART ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
RENASTEP ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
REPLETE 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
<i>restore fusion renal support oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>restore renal support oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb complete nutrition oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb complete nutrition plus oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SCANDICAL ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
SCANDISHAKE ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
SERACAL ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sol carb oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SUPLENA 1.8/CARBSTEADY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
SUPLENA ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
SUPLENA/CARB STEADY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sv melatonin oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
THICK-IT THICKENED CRANBERRY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thrivacin 30 oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thrivacin detox oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TWOCAL HN 2.0 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
TWOCAL HN 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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TYREX-1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
TYREX-2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
TYROS 1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
TYROS 2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
UCD 2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
UCD ANAMIX JUNIOR ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ucd trio oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ultramino soy protein oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ULTRIENT 1.5 SAFE-T FEED ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
VILACTIN AA PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAL 1.0 CAL 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
VIVONEX RTF ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
WND 1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
WND 2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
XLEU MAXAMAID ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
XLYS-XTRP MAXAMAID ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
XLYS-XTRP MAXAMUM ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
XMET MAXAMAID ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
XMET XCYS MAXAMAID ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
XMTVI MAXAMAID ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
XPHE MAXAMAID ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
XPHE-XTYR MAXAMAID ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
XTRACAL PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>yl coenzyme q10 oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
Electrolitos/Minerales, Inyectables		
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>dextrose-sodium chloride solution 2.5-0.45 % intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>dextrose-sodium chloride solution 2.5-0.45 % intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>kcl (0.298%) in nacl intravenous solution 40-0.9 meq/l-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-%-% intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-%-% intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>lactated ringers solution intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>lactated ringers solution intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gm/100ml-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 3 gm/100ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 10 meq/50ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 20 meq/50ml, 40 meq/100ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
Electrolitos/Minerales/Vitaminas Orales		
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (Nivel 2)	
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (Nivel 2)	
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	\$0 (Nivel 2)	
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	\$0 (Nivel 2)	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	\$0 (Nivel 2)	
<i>m-natal plus tablet 27-1 mg oral</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>prenatal tablet 27-1 mg oral</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>westab plus tablet 27-1 mg oral</i>	\$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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs electrolyte solution oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs ped electrolyte freeze pop oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ENFAMIL ENFALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
EQUALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp electrolyte solution oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense electrolyte adv care oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>h-e-b oral electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HYDRALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
HYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
KINDERLYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
KINDERLYTE PREMAX ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oral electrolyte freezer pops oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oral electrolytes oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oralyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ped electrolyte freeze pops oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ped electrolyte freezer pops oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIA VANCE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIALYTE ADVANCED CARE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIALYTE SINGLES ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
REHYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sm pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>truelyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
Minerales		
<i>600+d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ADVANCED CALCIUM/D/MAGNESIUM ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bone density builder oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcitrate plus d oral tablet 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cal-citrate plus vitamin d oral tablet 250-2.5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium + d oral tablet chewable 500-1000-40 mg-unt-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium + d3 oral tablet 250-3 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium + vitamin d3 oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 1000 + d oral tablet 1000-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 1200 oral tablet chewable 1200-1000 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 500 + d oral tablet 500-3.125 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 500 + d3 oral tablet 500-15 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 500/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 500/vitamin d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 500+d high potency oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 500+d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 500+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 600 + d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 600 +d high potency oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 600/vitamin d oral tablet chewable 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 600/vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 600+d high potency oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 600+d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 600+d3 plus minerals oral tablet , 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg, 600-3.125 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet chewable 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carbonate extra light powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carbonate light powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carbonate oral powder 800 mg/2gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg, 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carbonate oral tablet chewable 1250 (500 ca) mg, 260 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carbonate powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carbonate-vitamin d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate + d oral tablet 250-5 mg-mcg, 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate + d3 maximum oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate + d3 oral tablet 200-6.25 mg-mcg, 250-5 mg-mcg, 315-5 mg-mcg, 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate + oral tablet , 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate chewy bite oral tablet chewable 500-12.5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate oral tablet 250 mg, 333 mg, 950 (200 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate plus/magnesium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate-mag-minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d oral tablet 200-3.125 mg-mcg, 250-1.25 mg-mcg, 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium creamies oral tablet chewable 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium gluconate oral capsule 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium high potency oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium high potency/vitamin d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium lactate oral tablet 100 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium magnesium zinc oral tablet 333-133-5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium oral tablet chewable 500-2.5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium oyster shell oral tablet 1250 (500 ca) mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium plus vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium plus vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium soft chews oral tablet chewable 500-1000-40 mg-unt-mcg, 500-500-40 mg-unt-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-15 mg-mcg, 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg, 333-133-8.3 mg, 333.33-133.33-5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium-magnesium-zinc-d3 oral tablet 333 mg-133 mg-5 mg-5 mcg, 333-133-5-3.33 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium-magnesium-zinc-vit d3 oral tablet 333 mg-133 mg-5 mg-1.7 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium-vitamin d oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium-vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cal-mint oral tablet chewable 260 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CALTRATE 600+D PLUS MINERALS ORAL TABLET 600-800 MG-UNIT	\$0 (Nivel 1)	DP
CALTRATE 600+D3 ORAL TABLET 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
CALTRATE 600+D3 SOFT ORAL TABLET CHEWABLE 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
CALTRATE BONE HEALTH ADVANCED ORAL TABLET 300-800 MG-UNIT, 600-800 MG-UNIT	\$0 (Nivel 1)	DP
CALTRATE BONE HEALTH ORAL TABLET 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
CALTRATE BONE HEALTH ORAL TABLET CHEWABLE 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
CALTRATE MINIS PLUS MINERALS ORAL TABLET 300-800 MG-UNIT	\$0 (Nivel 1)	DP
CELEBRATE CALCIUM CITRATE ORAL TABLET CHEWABLE 500-12.5 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
CELEBRATE CALCIUM PLUS 500 ORAL TABLET CHEWABLE 500-8.325 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>chelated magnesium oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>chelated zinc oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CITRACAL MAXIMUM ORAL TABLET 315-6.25 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
CITRACAL MAXIMUM PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CITRACAL PETITES/VITAMIN D ORAL TABLET 200-6.25 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>citrus calcium/vitamin d oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs calcium + d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs calcium 600 & vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs calcium 600 + d/minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs calcium 600+d oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs calcium citrate+d3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs calcium citrate+d3 w/magne oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs calcium soft chews oral tablet chewable 500-1000-40 mg-unt-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs magnesium oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs magnesium oxide oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs oyster shell calcium-vit d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq calcium 500+d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq calcium 600+d oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq calcium 600+d+minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq calcium citrate/vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq calcium citrate/vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq calcium/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq calcium/vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq natural zinc oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fem-cal citrate oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft calcium + vitamin d3 oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft calcium 600+vit d3/minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft calcium citrate +vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FT CALCIUM CITRATE/VIT D3 ORAL TABLET 315-6.25 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FT CALCIUM/VITAMIN D3 ORAL TABLET 1000-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
FT CALCIUM+D3 ORAL TABLET 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft calcium-magnesium-zinc-d3 oral tablet 333-133-5-3.33 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ft magnesium oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft magnesium oxide oral tablet 400 (240 mg) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft zinc chelated oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp cal mag zinc +d3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp calcium 500 +d3 oral tablet 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp calcium 600 +d oral tablet 600-400 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp calcium 600 +d/minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp calcium 600 +d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp calcium citrate +d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp magnesium oxide oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp zinc chelated oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>high absorption magnesium oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
IS-ZC 50 ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp mag-oxide magnesium oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MAG-200 ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MAG64 ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MAGDELAY ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mag-g oral tablet 500 (27 mg) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MAGNEBIND 300 ORAL TABLET 250-300 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MAGNEBIND 400 ORAL TABLET 80-115 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>magnesium carbonate oral powder 250 mg/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>magnesium gluconate oral tablet 250 mg, 27.5 mg, 550 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>magnesium lactate oral tablet extended release 84 mg (7meq)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>magnesium oral tablet 200 mg, 250 mg, 30 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement oral tablet 250 mg, 400 (240 mg) mg, 400 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement oral tablet chewable 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MAGNESIUM-OXIDE ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MAGOX 400 ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MAG-OXIDE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MAG-TAB SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 84 MG (7MEQ)	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>manganese chloride intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mg aspartate oral tablet 65 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mgo oral tablet 400 (240 mg) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MULTI MEGA MINERALS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>natrul magnesium oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nat-rul oyster calcium+vit d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NEOFLEX CALCIUM + VITAMIN D ORAL TABLET 600-12.5 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE VITE CALCIUM + D3 ORAL TABLET 600-10 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
ORAZINC ORAL CAPSULE 220 (50 ZN) MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ORAZINC ORAL TABLET 110 (25 ZN) MG	\$0 (Nivel 1)	DP
OYSCO 500+D ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster calcium/d3 oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster shell calcium + d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster shell calcium + d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster shell calcium oral tablet 1250 (500 ca) mg, 500 mg, 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster shell calcium plus d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster shell calcium w/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster shell calcium/d oral tablet 250-6.25 mg-mcg, 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster shell calcium/d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster shell calcium/vit d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster shell calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PROSTEON ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pure calcium carbonate oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc calcium 500mg-d3 oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc calcium fast dissolution oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc zinc oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ra calcium 600/vitamin d-3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra calcium cit plus vit d-3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra calcium citrate plus vit d oral tablet 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra calcium cit-vit d-3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra calcium plus vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra calcium plus vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RA HI CAL ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra natural magnesium oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra zinc oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb calcium + d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb oyster shell calcium oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SLOWMAG MG MUSCLE/HEART ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SLOW-MAG ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sodium fluoride oral solution 0.5 mg/ml, 1.1 (0.5 f) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sodium phosphates intravenous solution 45 mmole/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sv magnesium oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
THERACAL D2000 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
THERACAL D4000 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
THERACAL RAPID REPLETION ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true magnesium oxide oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true oyster shell calcium oral tablet 1250 (500 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ultra calcium + vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>well magnesium oxide oral tablet 400 (240 mg) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ZINC 15 ORAL TABLET 66 (15 ZN) MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>zinc chelated oral tablet 22.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>zinc gluconate oral tablet 100 mg, 15 mg, 30 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>zinc oral capsule 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>zinc oral tablet 100 mg, 30 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>zinc sulfate oral capsule 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>zinc sulfate oral tablet 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
Nutrición Iv		
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 15 %	\$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: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>chromic chloride intravenous solution 40 mcg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>clanimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>clanimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>clanimix/dextrose (8/14) intravenous solution 8 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>cupric chloride intravenous solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>dextrose intravenous solution 50 %, 70 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>selenious acid intravenous solution 60 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION 300-55-60-3000 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>zinc chloride intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
Vitaminas		
<i>50+ adult eye health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a thru z advanced adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a thru z advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a thru z high potency oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a thru z select 50+ advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a thru z select 50+ mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a thru z select advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a thru z select oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a thru z select oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a thru z select ultimate women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>a thru z ultimate mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a-10000 oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a-25 oral capsule 7.5 mg (25000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>abc complete adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>abc complete mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>abc complete senior 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>abc complete senior mens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>abc complete senior womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>abc complete womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>acerola c-500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>actical oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
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
<i>adrenoid oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>adult one daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ADVANCED C PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>advanced eye health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ADVANCED MULTI EA ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
AFLORA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
AIRAVITE ORAL TABLET 2.5-25-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
AIRBORNE ELDERBERRY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
AIRBORNE GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
AIRBORNE KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
AIRBORNE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE ADULT PREMIUM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE CALCIUM BONE SUPPORT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>alive daily energy oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE ENERGY 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE EVERYDAY IMMUNE HEALTH ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
ALLBEE/C ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ALPHA BETIC ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>altrixa ob oral tablet 15-0.4-0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>altrixa oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
AMORYN MOOD BOOSTER ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>anti-allergy oral tablet 100-100-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antioxidant a/c/e/selenium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antioxidant formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antioxidant formula/minerals oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>anti-oxidant oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antioxidant vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
APETIBEX ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
APPE-CURB ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
AQUA-E ORAL LIQUID 50.25 MG/ML (75 UT/ML)	\$0 (Nivel 1)	DP
AQUASOL A INTRAMUSCULAR SOLUTION 50000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aqueous vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ascorbic acid injection solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ascorbic acid oral liquid 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ascorbic acid oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ATABEX EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 29-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ATABEX OB ORAL TABLET 29-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ATABEX ORAL TABLET CHEWABLE 18-0.8 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>azesco oral tablet 13-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b complex formula 1 (w/ fa) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b complex oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b complex vitamins oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b complex-b12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b complex-c-folic acid oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b1 natural oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-1 oral tablet 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-100 b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 2000 mcg, 250 mcg, 2500 mcg, 50 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-12 oral tablet chewable 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-12 oral tablet dispersible 2500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-12 quick dissolve sublingual tablet sublingual 1000 mcg, 3000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-12 slow release oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-12 sublingual tablet sublingual 2500 mcg, 500 mcg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-50 complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b6 natural oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>b-6 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BABY DDROPS ORAL LIQUID 10 MCG /0.028ML, 10 MCG/0.03ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>baby super daily d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>baby vitamin d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BACMIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>balance b-50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>balanced b complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>balanced b-100 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>balanced b-50/1a oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BARIATRIC FUSION ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bariatric multivitamin/iron oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bariatric multivitamins oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bariatric multivitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bariatric multivitamins oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bariatric multivitamins/iron oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bariatric multivitamins/iron oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>basic am oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>basic pm oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-compleet-100 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-compleet-50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex balanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex plus b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex/b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex/electrolytes oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex-c (w/folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>better b complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BIG 100 (BIOTIN) ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
BIG 100 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bilberry plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BIO-35 GLUTEN-FREE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
BIO-35 IRON FREE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biocal oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biocel oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BIO-D-MULSION FORTE ORAL LIQUID 50 MCG/0.04ML	\$0 (Nivel 1)	DP
BIO-D-MULSION ORAL LIQUID 10 MCG/0.04ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bioflex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BIOTECT PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biotin forte oral tablet 3 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biotin maximum strength oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biotin maximum strength oral tablet 10000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biotin oral capsule 1 mg, 10 mg, 5 mg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biotin oral tablet 10 mg, 1000 mcg, 10000 mcg, 5 mg, 5000 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biotin super potency oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bladder 2.2 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>blood sugar manager oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>body/hair/skin/nails oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BONEUP 3 PER DAY ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
BONEUP ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
BONEUP VEGETARIAN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bp vit 3 oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-plex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-plex plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BPROTECTED MULTI-VITE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
BPROTECTED PEDIA D-VITE ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE ORAL SOLUTION 10 MG/ML, 11 MG/ML, 5.5 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
BPROTECTED PEDIA TRI-VITE ORAL SOLUTION 35-412.5-10	\$0 (Nivel 1)	DP
BPROTECTED VITAMIN C ORAL LIQUID 500 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>brain builder kids oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BURIED TREASURE ACTIVE 55 PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c 1000 oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c 500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c 500/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c extra strength oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c-1000 oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c-1000 oral tablet extended release 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>c-1000/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c-250 oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c-250 oral tablet chewable 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c-500 oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c-500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c-500 oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c-500/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CALCIDOL ORAL SOLUTION 200 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cardiopress oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c-chewable oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CELEBRATE MULTI-COMPLETE 18 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
CELEBRATE MULTI-COMPLETE 18 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CELEBRATE MULTI-COMPLETE 36 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
CELEBRATE MULTI-COMPLETE 36 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CELEBRATE MULTI-COMPLETE 45 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
CELEBRATE MULTI-COMPLETE 45 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CELEBRATE MULTI-COMPLETE 60 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
CELEBRATE MULTI-COMPLETE 60 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>centavite a-z complete-mineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>centravites 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>centravites adults oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>centravites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM ADULT 50+ MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM ADULT ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM ADULTS MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM ADULTS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM CARDIO ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM DUAL ACT MULTI+ BEAUTY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM DUAL ACT MULTI+OMEGA-3 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CENTRUM SPECIALIST HEART ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM SPECIALIST IMMUNE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM SPECIALIST VISION ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM ULTRA WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM VITAMINTS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM WOMEN 50+ MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM WOMEN MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM WOMEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>century mature oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>century oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CENVITE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
CEREFOLIN BRAIN WELLNESS ORAL TABLET 6-2-600 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CEROVITE JR ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CEROVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CERTAVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CERTAVITE SENIOR/ANTIOXIDANT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens animal shapes oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens chew multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens chewable vitamins oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CHOICEFUL MULTIVITAMIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
CHOICEFUL MULTIVITAMIN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cholase control oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cholecalciferol oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CITRACAL +D3 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>classic prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cod liver oil oral capsule , 1250-130 unit, 1250-133 unit, 1250-135 unit, 4000-200 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cod liver oil w/vit a & d oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cod liver oil/low vitamin a oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cod liver oil/vitamins a & d oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>collagen ultra oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>companion oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>complete multivitamin/mineral oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CO-NATAL FA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>coral calcium plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CORTICARE B ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
CORVITA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CRUSH VITAMIN C DROPS MOUTH/THROAT LOZENGE 60 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CULTURELLE KIDS COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CULTURELLE PROBIOTIC MEN DAILY ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs adult 50+ eye health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs adult multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CVS AIRSHIELD ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs b complex plus c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs b12 gummies oral tablet chewable 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs b12 oral tablet chewable 2500 mcg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs biotin high potency oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs biotin oral capsule 10 mg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs biotin oral tablet 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs chewable c with rose hips oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs chewable childrens vitamin oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs childrens complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs daily gummies adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs daily multiple for men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs daily multiple women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs daily multiv/mineral mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs daily multivitamin mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvx daily multivitamin womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx e oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx eye health & lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx eye health adult 50+ oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx folic acid oral tablet 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx gummy dinos oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx gummy multivitamin kids oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx immune support oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx mens daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx one daily essential oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx one daily mens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx one daily mens formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx one daily womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx one daily womens formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx prenatal gummy oral tablet chewable 0.4-113.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx prenatal multi+dha oral capsule 27-0.8-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx prenatal multivitamin oral capsule 27-0.8-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx prenatal oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx spectravite adult 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx spectravite adult 50+ oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx spectravite adults oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx spectravite advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx spectravite men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx spectravite men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx spectravite senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx spectravite ultra men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx spectravite ultra mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx spectravite ultra women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx spectravite women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx spectravite women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx spectravite women oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx spectravite womens senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx super b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx vision health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx vitamin a oral capsule 2400 mcg (8000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx vitamin b12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>daily vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily vite multivitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily vites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily vites/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily-vite multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DDROPS BOOSTER ORAL LIQUID 15 MCG /0.028ML	\$0 (Nivel 1)	DP
DDROPS ORAL LIQUID 25 MCG /0.028ML, 25 MCG/0.03ML, 50 MCG /0.028ML, 50 MCG/0.03ML	\$0 (Nivel 1)	DP
DECARA ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT), 625 MCG (25000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
DECUBI-VITE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dekas bariatric oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DEKAS PLUS OCEAN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
DEKAS PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
DEKAS PLUS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>delta d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DEPLIN MA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
DERMAVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>destress-iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diabetes health formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DIALYVITE 3000 ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
DIALYVITE 5000 ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
DIALYVITE 800 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dialyvite 800/ultra d oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DIALYVITE 800/ZINC ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
DIALYVITE 800-ZINC 15 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
DIALYVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
DIALYVITE SUPREME D ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
DIALYVITE VITAMIN D 5000 ORAL CAPSULE 125 MCG (5000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
DIALYVITE/ZINC ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
DRISDOL ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
D-VI-SOL ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d-vite pediatric oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>e 1000 oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>e200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>e-200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>e400 oral capsule 180 mg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>e-400 oral capsule 180 mg (400 unit), 268 mg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>e-400-clear oral capsule 268 mg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EASY-C IMMUNE HEALTH ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
EASY-C ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ELDERTONIC ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ELFOLATE ORAL TABLET 15 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ELFOLATE PLUS ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ELITE-OB ORAL TABLET 50-1.25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
EMERGEN-C APPLE CIDER VINEGAR ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
EMERGEN-C ASHWAGANDHA ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
EMERGEN-C ELDERBERRY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
EMERGEN-C IMMUNE PLUS/VIT D ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
EMERGEN-C IMMUNE+ ELDERBERRY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>emergen-c immune+ oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EMERGEN-C KIDZ DAILY IMMUNE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>emergen-c kidz immune+ oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EMERGEN-C TURMERIC & GINGER ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
EMERGEN-C VITAMIN C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ENDUR-ACIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG, 500 MG, 750 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ENDUR-C ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>energy b12 oral tablet chewable 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ENFAMIL EXPECTA ORAL 28-0.8 & 200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ENFAMIL POLY-VI-SOL-IRON ORAL SOLUTION 11 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq complete multivit adult 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq complete multivitamin child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq complete multivitamin-adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eq d3 drops infants/childrens oral liquid 10 mcg /0.025ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq multivitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq multivitamins adult gummy oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq multivitamins gummy child oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq one daily mens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EQ ONE DAILY WOMENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq one daily womens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq vision formula 50+ oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 b complex 50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 century mature adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 century mature men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 century mature oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 century mature women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 century mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 century oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 century womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 child multivit/minerals oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 gummies childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 one daily adult gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 one daily mens 50+ advance oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 one daily mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 one daily womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 prenatal formula oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 vision formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 vitamin c drops mouth/throat lozenge 53 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 vitamin c gummies oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 vitamin d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eqi vitamin e oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ergocalciferol oral capsule 1.25 mg (50000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ergocalciferol oral solution 10 mcg/0.05ml, 200 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ESSENTIA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>essential balance oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ESTER-C ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ESTROFACTORS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eye health + lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eye health areds 2 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eye health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eye multivitamin/sodium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EYE VITAMINS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
EYE-VITES ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fa-vitamin b-6-vitamin b-12 oral tablet 2.2-25-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FEMQUIL ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
FINAZOL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
FINEST NUTRITION VITAMIN B-12 ORAL TABLET 500 MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>finest nutrition vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FITNESS TABS FOR MEN AM/PM ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
FITNESS TABS FOR WOMEN AM/PM ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
FLEXGEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
FLINTSTONES + EXTRA IRON ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
FLINTSTONES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
FLINTSTONES GUMMIES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
FLINTSTONES GUMMIES-IMMUNITY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
FLINTSTONES PLUS EXTRA IRON ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
FLINTSTONES/MY FIRST ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
FLINTSTONES-IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
FLORIVA PLUS ORAL 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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>folate oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folatexcel oral tablet 20-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folawise oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folbee oral tablet 2.5-25-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folbee plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FOLBIC ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folic acid injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folplex 2.2 oral tablet 2.2-25-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FOLTABS 800 ORAL TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
FOLTANX ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>freedavite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fruit c 500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fruit c oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fruity c oral tablet chewable 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fruity chews oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fruity chewsliron oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft adult multi gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft b-complex plus vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft biotin oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft biotin oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft century 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft century adults oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft century men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft century men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft century women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft century women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft childrens multi oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft childrens multi plus immune oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft eye health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft eye health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft hair skin & nails extra str oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft immune support oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft one daily mens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft one daily mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft one daily womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp childrens chewables/ex c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp childrens chewables/iron oral tablet chewable 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp childrens/extra c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp d3 oral capsule 125 mcg (5000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp d3 oral tablet 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp essential one daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp healthy eyes oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp healthy eyes supervision 2 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp immune support oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp little ones childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp mega multi for men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp mega multi for women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp multi childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp one daily maximum oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp one daily mens health 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp one daily mens/lycopene oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp one daily womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp prenatal/folic acid oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp therapeutic-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin a oral capsule 3000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin b-12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin c oral tablet chewable 125 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin c oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin c w/rose hips oral tablet 500-37 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin d maximum strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>multivitamin/zinc stress oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin-minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi-vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamins plus iron child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi-vite oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MULTI-VIT-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivit-min gummies childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION MINIS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mvw hi-d adek gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW MODULATOR FORMULATION MINI ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW MODULATOR FORMULATION ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW ORANGE CHEWABLES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>myamulti oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MYNEPHRON ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NASCOBAL NASAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>natal pnv oral tablet 6-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nat-rul daily-vite+iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nat-rul theravite-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nat-rul vitamin d oral tablet 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>natrul-vites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>natural c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>natural vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>natural vitamin d-3 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>natural vitamin e oral capsule 670 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>neomaterna oral tablet 20-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NEOMULTIVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>neonatal complete oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NEONATAL PLUS ORAL TABLET 27-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>neonatal prenatal oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NEONATAL VITAMIN ORAL TABLET 27-0.8 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>neo-vital rx oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NEPHPLEX RX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nephro vitamins oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NESTABS DHA ORAL 32-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NESTABS ONE ORAL CAPSULE 38-1-225 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NESTABS ORAL TABLET 32-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>niacin er oral capsule extended release 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>niacin er oral tablet extended release 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>niacin flush free oral capsule 590 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>niacin oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>niacin oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>niacinamide oral tablet 100 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NIAVASC 750 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 750 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NIAVASC ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
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
<i>no iron mult vitamin-minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>norwegian cod liver oil oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NUFOL ORAL TABLET 2.5-25-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NUTRALYN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
NUTRIFAC ZX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
OB COMPLETE ORAL TABLET 50-1.25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
OB COMPLETE PREMIER ORAL TABLET 30-20-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
OBSTETRIX EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 29-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
OBTREX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ocular vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ocutabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ocutabs-lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
OCUVITE ADULT 50+ ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
OCUVITE ADULT FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
OCUVITE EXTRA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
OCUVITE EYE + MULTI ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
OCUVITE EYE HEALTH FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
OCUVITE EYE HEALTH GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>omnicap oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>once daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ONCOVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE A DAY MEN 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE A DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE A DAY 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
<i>one daily 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily calcium/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily complete for men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily essentials oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily for men 50+ advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily for men/lycopene oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily for women 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily for women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily healthy weight adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily healthy weight oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily maximum oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily men formula w/o iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily mens 50+ multivit oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily mens 50+/lycopene oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>one daily multivitamin/iron-free oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily multivitamin adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily multivitamin men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily multivitamin women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily multivitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily womens 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one vite womens oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one vite womens plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY FOR HER VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY FOR HIM VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY MENS (MINERALS) ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY MENS 50+ ADVANTAGE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY MENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY MENS HEALTH FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY MENS PRO EDGE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY PROACTIVE 65+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY WOMENS 50+ ADVANTAGE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY WOMENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY WOMENS PETITES ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one-daily multi caps oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one-daily multi vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one-daily multi-vit/mineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one-daily multi-vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one-daily multi-vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one-daily/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>optic-vites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>optic-vites with lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
OPTIFAST POST BARIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
OPTIMAL D3 M ORAL CAPSULE 350 MCG (14000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
OPTIMAL D3 ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>optimum airvites oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>optimum pms oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
OPTIVITE P.M.T. ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
OPURITY B12/FOLIC ACID ORAL TABLET 1000-200 MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
OPURITY BYPASS OPTIMIZED ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
OPURITY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
OSTEOPRIME PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
OSTEOPRIME ULTRA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pan-c 500/bioflavonoids oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>parvlex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pc pediatric poly-vitalfe drop oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pc pediatric poly-vitamin drop oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pc pediatric tri-vitamin drops oral solution 750-400-35 unit-mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PERIDIN-C ORAL TABLET 200-50-150 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pharmacist choice d-vitamin oral liquid 400 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PHYTOMULTI ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>phytonadione oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pnv 27-cal/felfa oral tablet 60-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pnv prenatal plus multivitamin oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pnv tabs 20-1 oral tablet 20-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pnv-select oral tablet 27-0.6-0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
POLY-VI-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
POLY-VI-SOL ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
POLY-VI-SOL/IRON ORAL SOLUTION 11 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>poly-vita oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>poly-vitaliron oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>poly-vite pediatric oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>poly-viteliron oral solution 11 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pregenna oral tablet 20-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PREMESISRX ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
PRENATABS RX ORAL TABLET 29-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal (wliron & fa) oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal 19 oral tablet , 29-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal complete oral tablet 14-0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal formula a-free oral tablet 9-0.267 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal formula oral capsule 28-0.8-235 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal forte oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal multi +dha oral capsule 27-0.8-228 mg, 27-0.8-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA ORAL 28-0.8 & 200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal multivitamin plus dha oral capsule 27-0.8-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal one daily oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal oral tablet 27-0.8 mg, 28-0.8 mg, 6.75-0.2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal plus vitamin/mineral oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal tablet 27-1 mg oral</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal vitamin and mineral oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal vitamins oral tablet 27-0.8 mg, 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenataliron oral tablet , 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal+dha oral 28-0.975 & 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PRENATE AM ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
PRENATE ELITE ORAL TABLET 20-0.6-0.4 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
PRENATOL-M ORAL TABLET 27-1.2 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prescription support multivit oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PRESERVISION AREDS 2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
PRESERVISION AREDS 2 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
PRESERVISION AREDS 2+MULTI VIT ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
PRESERVISION AREDS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
PRESERVISION AREDS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
PRESERVISION/LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prevent oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prev-rx oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pro hers rx oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pro his rx oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pro pcos rx oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>probiotics + bariatric multi oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PRO-CAL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
PROCERV HP ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
PRORENAL + D ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
PRORENAL + D W/ OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
PROSIGHT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
PROTECT CARDIO AF ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
PROTECT PLUS SO ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
PROTEGRA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
PROVIT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pyridoxine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pyridoxine hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc b12 sublingual tablet sublingual 2500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc biotin oral tablet 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc childrens complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc childrens vitamins/extra c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc childrens vitamins/iron oral tablet chewable 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc cod liver oil oral capsule 1250-135 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc daily multivitamin/multimineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc daily multivitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc essentials oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc folic acid oral tablet 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc hair skin & nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc mens daily multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc multi-vite 50 & over oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc multi-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc niacin oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
QC OCUHEALTH VISION SUPPORT 2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc therin-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin b12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin c with rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin e oral capsule 180 mg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc womens daily multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
QUFLORA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID 0.25-9.5 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
QUFLORA PEDIATRIC ORAL 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
<i>quin b strong b-25 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>quin b strong oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>quintabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>quintabs-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra balanced b-100 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra balanced b-50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra b-complex with b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra biotin oral capsule 2500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra biotin oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra central-vite mens mature oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RA CENTRAL-VITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra central-vite womens mature oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra natural vitamin e oral capsule 268 mg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra niacin oral tablet 100 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra no flush niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra one daily maximum oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra one daily mens 50+ w/vit d3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra one daily mens multi oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra one daily mens/vit d-3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra prenatal formula oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin b-12 oral tablet 100 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin b12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ra vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin c drops mouth/throat lozenge 53 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin c oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin c oral tablet chewable 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin c/acerola oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin d-3 oral capsule 125 mcg (5000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin d-3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin e natural oral capsule 670 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin e oral capsule 134 mg (200 unit), 268 mg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamins complete childrens oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RADIANCE PLATINUM VITAMIN D3 ORAL TABLET 125 MCG (5000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>relcare oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RENAL ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>renal vitamin oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RENAPLEX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
RENAPLEX-D ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>rena-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>rena-vite rx oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>reno caps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RETAINE VISION ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>right step prenatal oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb vitamin c oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>se-natal 19 oral tablet 29-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senior tabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sentry oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sentry senior mens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sentry senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sentry senior/lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>skin hair & nails advanced oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SLO-NIACIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG, 500 MG, 750 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sm vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SMARTY PANTS KIDS COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>solo oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SOLUVITA ACD WITH FLUORIDE ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
SOLUVITA WITH FLUORIDE ORAL SUSPENSION 0.25 MG/ML, 0.5 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>span c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SPECTRAVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
SPONGEBOB SQUAREPANTS GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stress b complex/antioxid/zinc oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stress b complex/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stress formula (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stress formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stress formula/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stress formula/zinc/energy oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
STRESSTABS ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
STRESSTABS ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
STROVITE ONE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
STUART ONE ORAL CAPSULE 27-0.8-200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SUNKIST VITAMIN C ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super antioxidants protector oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super aytinal 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super aytinal oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super b complex/fal/vit c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super b-complex + vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super b-complex/vit c/fa oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super biotin oral tablet 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super daily d3 oral liquid 25 mcg /0.028ml, 50 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SUPER DEC B-100 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super d-zinc-selenium-copper oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SUPER QUINTS B-50 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super thera vite m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super vita-mins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>superior mens multi oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>superior womens multi oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>support oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SUPPORT-500 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sv b12 extra strength sublingual tablet sublingual 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sv b12 oral tablet dispersible 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sv b12 sublingual tablet sublingual 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sv vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sv vitamin d3 oral capsule 25 mcg, 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>synertropin oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
TAB-A-VITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
TAB-A-VITE/IRON ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
THERA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thera vital m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thera vital-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>therabasic-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
THERA-D 2000 ORAL TABLET 50 MCG (2000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
THERA-D 4000 ORAL TABLET 100 MCG (4000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
THERA-D RAPID REPLETION ORAL TABLET 50 MCG (2000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
THERAGRAN-M ADVANCED 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
THERAGRAN-M ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
THERAGRAN-M ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
THERAGRAN-M PREMIER 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
THERAGRAN-M PREMIER ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thera-m plus mv w/beta-carot oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
THERAMILL FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
THERANATAL CORE NUTRITION ORAL TABLET 27-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
THERANATAL LACTATION ONE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>therapeutic formula/hematinics oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>therapeutic-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>thera-tabs m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thera-tabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
THERATRUM COMPLETE 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
THERATRUM COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thera-vite max-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
THEREMS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thiamine hcl injection solution 100 mg/ml, 200 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thiamine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thiamine mononitrate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
THRIVE FOR LIFE WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thrivite rx oral tablet 29-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tm-daily vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tm-vite rx oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>toco-sorb oral capsule 13 mg (19 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TRI SUPER FLAVONS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>trinatal rx 1 oral tablet 60-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TRINATE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>triphrocaps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TRI-VI-SOL A/C/D ORAL SOLUTION 250-50-10	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tri-vite pediatric oral solution 750-400-35 unit-mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tri-vite/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tropical liquid nutrition oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true daily vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true vitamin a oral capsule 10000 unit, 8000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true vitamin b1 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true vitamin b12 oral tablet 1000 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true vitamin b3 oral tablet 250 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true vitamin b6 oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true vitamin d3 oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true vitamin e oral capsule 180 mg, 450 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>t-vites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
UDAMIN SP ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ULTRA BONEUP ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ultra freeda oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ultra freedaliron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ultra multi formulaliron oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ULTRACHOICE ADV FORMULA MATURE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ULTRACHOICE ADVANCED FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
UPSPRING BABY VIT D ORAL LIQUID 10 MCG /0.025ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vasoflex hd oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VASOFLEX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>v-c forte oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VIC-FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vision formula 2 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vision formula/lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vision health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VISION OPTIMIZER ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vision plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vision vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vit e-vit c-beta carotene oral tablet 200-250-5000</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vita clbioflavonoids/rose hips oral tablet 1000-30-18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vita hair oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VITA S FORTE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitabasic complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitabasic senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitabex oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitabex plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VITACEL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitachew adult multi vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitachew multiple vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitachew vit c citrus burst oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VITACORE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAFOL-OB ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VITAFUSION MULTI WOMENS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAJEY DAILY C GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAJEY MULTI GUMMIES ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitalara oral tablet 20-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAL-D RX ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitalee oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VITALETS CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAMIN A FISH ORAL CAPSULE 2250 MCG (7500 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin a oral capsule 2400 mcg (8000 ut), 3 mg, 3 mg (10000 ut), 7.5 mg (25000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin a/c/d/ infant/toddler oral solution 250-10-50 mcg-mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin a-c-d infant oral solution 250-10-50 mcg-mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b 12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b complex oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b complex w/b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b-1 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg, 1500 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 250 mcg, 50 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b-12 oral tablet dispersible 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b-12 sublingual tablet sublingual 1000 mcg, 2500 mcg, 3000 mcg, 5000 mcg, 6000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b12 tr oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b12-folic acid oral tablet 500-400 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b-6 er oral tablet extended release 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b6 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c adult gummies oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c er oral capsule extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c er oral tablet extended release 1500 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vitamin c gummie oral tablet chewable 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c gummies oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c immune health oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c oral liquid 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c oral tablet 100 mg, 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c oral tablet chewable 100 mg, 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c plus wild rose hips oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c/bioflavonoids/rosehp oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c/natural rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c/rose hips tr oral tablet extended release 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c-acerola oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c-rose hips er oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c-rose hips oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c-rose hips tr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral tablet 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50 mcg (2000 ut), 50000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d high potency oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d infant oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 125 mcg, 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut), 400 unit, 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAMIN D-1000 MAX ST ORAL TABLET 25 MCG (1000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH ORAL LIQUID 25 MCG/10ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vitamin d3 oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 10 mcg (400 unit), 1000 unit, 125 mcg (5000 ut), 25 mcg, 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut), 62.5 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d-3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d3 oral liquid 10 mcg/ml, 125 mcg/0.5ml, 125 mcg/ml, 30 mcg/15ml, 5000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 20 mcg (800 unit), 25 mcg, 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut), 75 mcg (3000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d3 super strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d3 ultra strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin e blend oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin e high potency oral capsule 180 mg (400 unit), 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin e oral capsule 100 unit, 1000 unit, 134 mg (200 unit), 180 mg (400 unit), 200 unit, 268 mg (400 unit), 400 unit, 45 mg (100 unit), 450 mg (1000 ut), 670 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin e water soluble oral capsule 180 mg (400 unit), 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin e/d-alpha natural oral capsule 268 mg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin e/d-alpha oral capsule 134 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin k (phytonadione) oral tablet 100 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin k1 injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vita-min oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin-b complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamins acd-fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamins a-d-e/selenium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamins for hair oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAROCA PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
VITASANA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
VITATHELY WITH GINGER ORAL TABLET 27-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
VITEYES AREDS 2 FORMULA +COQ10 ORAL CAPSULE	\$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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
YUMVS ZERO DIABETIC MULTIVITAM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
YUMVSKIDS MULTI ZERO ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>zalvit oral tablet 13-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ziphex oral tablet 13-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ZOO FRIENDS MULTI GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ZOO FRIENDS/EXTRA C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP

TÓPICOS

Agentes Para Boca/Garganta/Dentales

ANBESOL MAXIMUM STRENGTH MOUTH/THROAT GEL 20 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AQUORAL MOUTH/THROAT SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
BIOTENE DRY MOUTH MOIST SPRAY MOUTH/THROAT SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 150 pastillas cada 30 días
<i>cvs dry mouth mouth/throat solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs oral anesthetic max str mouth/throat gel 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DENTA 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql dry mouth oral rinse mouth/throat solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FLUORIDEX DAILY RENEWAL MOUTH/THROAT CONCENTRATE 0.63 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fraiche 5000 dental dental gel 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense oral pain relief mouth/throat gel 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HURRICAIN MOUTH/THROAT GEL 20 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>instant oral pain relief max mouth/throat gel 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>intense toothache pain relief mouth/throat gel 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KOURZEQ MOUTH/THROAT PASTE 0.1 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
LOLLICAINE MOUTH/THROAT GEL 20 %	\$0 (Nivel 1)	DP
MOI-STIR MOUTH/THROAT SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
MOUTH KOTE MOUTH/THROAT SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
MOUTH KOTE REMINT MOUTH/THROAT SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
NUMOISYN MOUTH/THROAT LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oral analgesic max st mouth/throat gel 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oral relief spray mouth/throat solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ORASEP MOUTH/THROAT SOLUTION 2-0.5-0.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0 (Nivel 1)	
PERIOMED MOUTH/THROAT CONCENTRATE 0.63 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH DENTAL GEL 1.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
PREVIDENT 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
PREVIDENT DENTAL GEL 1.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc oral pain relieving mouth/throat gel 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra dry mouth mouth/throat solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sf dental gel 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sodium fluoride 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental cream 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental gel 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sodium fluoride dental cream 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sodium fluoride dental gel 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ZILACTIN BABY MOUTH/THROAT GEL 10 %	\$0 (Nivel 1)	DP
Dermatología, Acné		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>adapalene external gel 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>adapalene treatment external gel 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
BENZEPRO EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 46,6 g cada 30 días
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>clindamycin phos (once-daily) external gel 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 75 ml cada 30 días
<i>clindamycin phos (twice-daily) external gel 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 45 g cada 30 días
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>cvs adapalene external gel 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ery external pad 2 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 compresas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>gnp adapalene external gel 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
NEUAC EXTERNAL GEL 1.2-5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 45 g cada 30 días
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 118 ml cada 30 días
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 45 g cada 30 días
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 45 g cada 30 días
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
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>sterile water for irrigation irrigation solution</i>	\$0 (Nivel 2)	
Dermatología, Anestésicos Locales		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 ml cada 30 días
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 50 g cada 30 días
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 3 parches cada 1 día
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 50 ml cada 30 días
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	\$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		
<i>antibiotic external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bacitracin external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bacitracin zinc-aloe external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BACITRAYCIN PLUS EXTERNAL OINTMENT 500 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs antibiotic pain/scar external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs bacitracin external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>double antibiotic external ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql first aid antibiotic external ointment 1 %, 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>first aid antibiotic external ointment 3.5-500-10000</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft antibiotic external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft double antibiotic external ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft triple antibiotic + pain external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 g cada 30 días
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 g cada 30 días
<i>gnp bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp triple antibiotic external ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp triple antibiotic plus external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense first aid antibiotic external ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LANABIOTIC EXTERNAL OINTMENT 5-500-10000	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>medi-first triple antibiotic external ointment 5-400-5000 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 220 g cada 30 días
NEOSPORIN + PAIN RELIEF MAX ST EXTERNAL OINTMENT 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
NEOSPORIN + PAIN/ITCH/SCAR EXTERNAL OINTMENT 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
NEOSPORIN EXTERNAL OINTMENT 500-10000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	DP
NEOSPORIN ORIGINAL EXTERNAL OINTMENT , 3.5-400-5000	\$0 (Nivel 1)	DP
NEOSPORIN/BURN RELIEF EXTERNAL OINTMENT 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>poly bacitracin external ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
POLYSPORIN EXTERNAL OINTMENT 500-10000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc bacitracin external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc triple antibiotic max st external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc triple antibiotic multi-act external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc triple antibiotic pain rlf external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra antibiotic + pain relief external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra antibiotic/pain relief external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra bacitracin external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra bacitracin zinc first aid external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ra double antibiotic external ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb bacitracin external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 2)	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 453,6 g cada 30 días
<i>triple antibiotic external ointment , 3.5-400-5000 , 3.5-400-5000 mg-unit, 5-400-5000 , 5-400-5000 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>triple antibiotic pain relief external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>triple antibiotic plus external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>triple antibiotic plus max st external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>wal-sporin external ointment 500-100000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
Dermatología, Anticuerpos		
ALOE VESTA ANTIFUNGAL EXTERNAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antifungal (clotrimazole) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antifungal (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antifungal external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antifungal external powder 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>athletes foot (clotrimazole) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>athletes foot (terbinafine) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>athletes foot external powder 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>athletes foot external solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>athletes foot powder spray external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
AZOLEN ANTI-FUNGAL WASH EXTERNAL SOLUTION 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AZOLEN TINCTURE EXTERNAL SOLUTION 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>baza antifungal external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>butenafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>castellani paint external liquid 1.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>castellani paint modified external liquid 1.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 ml cada 30 días
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 90 g cada 30 días
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>clotrimazole af external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clotrimazole anti-fungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D DP - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: 6/30/2026

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clotrimazole athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 45 g cada 30 días
<i>clotrimazole solution 1 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clotrimazole solution 1 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clotrimazole solution 1 % external (rx)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 45 g cada 30 días
CRITIC-AID CLEAR AF EXTERNAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs athletes foot (tolnaftate) external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs athletes foot (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs butenafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs clotrimazole external solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs foot & sneaker external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs itch relief external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs jock itch external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs ringworm external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DESENEX EXTERNAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
DESENEX EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 85 g cada 30 días
<i>eq antifungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq athletes foot (terbinafine) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq athletes foot (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq athletes foot ultra external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq jock itch external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq athletes foot(terbinafine) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft antifungal external cream 1 %, 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft athletes foot (clotrimaz) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft athletes foot (terbinafine) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fungi-guard external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FUNGOID TINCTURE EXTERNAL SOLUTION 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp miconazorb af external powder 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp terbinafine hydrochloride external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>jock itch external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>jock itch relief external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ketoconazole cream 2 % external</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
<i>ketoconazole cream 2 % external</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 120 ml cada 30 días
KLAYESTA EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
LAMISIL AT ATHLETES FOOT EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
LAMISIL AT JOCK ITCH EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
LOTRIMIN AF EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
LOTRIMIN AF EXTERNAL POWDER 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
LOTRIMIN AF JOCK ITCH EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
LOTRIMIN ULTRA EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDPURA ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>micaderm external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>miconazole antifungal external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>miconazole external powder 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>miconazole nitrate external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>miconazole nitrate external solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>miconazorb af external powder 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MICOTRIN 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
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 g cada 30 días
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 g cada 30 días
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
<i>odor control foot & sneaker external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ODOR EATERS ANTIFUNGAL EXTERNAL POWDER 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ODOR EATERS FOOT/SNEAKER SPRAY EXTERNAL AEROSOL POWDER 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pro-ex antifungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc antifungal (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D DP - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: 6/30/2026

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AMLACTION DAILY NOURISH EXTERNAL LOTION 12 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AMLACTION ULTRA SMOOTHING EXTERNAL CREAM 15 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ammonium lactate cream 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ammonium lactate cream 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ammonium lactate cream 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
AQUA GLYCOLIC FACE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
AQUA-CERIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>arthritis pain relieving external cream 0.075 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ASPERCREME LIDOCAINE EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>asperflex max st external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ASPERFLEX PAIN RELIEVING EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>astringent external packet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
AVEENO DAILY MOISTURIZING FACE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
AVEENO INTENSE RELIEF HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
AVEENO POSITIVELY RADIANT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
AVEENO RESTORATIVE SKIN THERAP EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
AVEENO SKIN RELF MOIST REPAIR EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
BABY ANTI MONKEY BUTT EXTERNAL POWDER 8 %	\$0 (Nivel 1)	DP
BALMBARR HAND & BODY EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
BALMBARR MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
BALMBARR STRETCH MARK EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
BANOPHEN EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
BENADRYL EXTRA STRENGTH EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>benzoin external tincture</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>beta care external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BETA XMA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BETADINE EXTERNAL SOLUTION 10 %, 5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
BETADINE SURGICAL SCRUB EXTERNAL SOLUTION 7.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
BETASEPT SURGICAL SCRUB EXTERNAL SOLUTION 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 g cada 30 días
BLUE-EMU PAIN RELIEF DRY EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>boro-packs external packet 49-51 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calamine-zinc oxide external lotion , 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CALMOSEPTINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
CALPROTECT EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>capsaicin external cream 0.025 %, 0.035 %, 0.05 %, 0.075 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>capsaicin hp external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>capsaicin pain relief external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>capsaid es arthritis relief external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CAPZASIN-HP EXTERNAL CREAM 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
CAPZASIN-P EXTERNAL CREAM 0.035 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>capzix external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CERAVE DIABETICS DRY SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
CERAVE MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
CERAVE SA ROUGH & BUMPY SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
CETAPHIL MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>chlorhexidine gluconate external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CICAPLAST BAUME B5 SOOTH BALM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
CIRCATA EXTERNAL CREAM 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
CLORPACTIN POWDER 2 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cocoa butter skin external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>coconut oil beauty external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>collagen external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>collagen premium skin external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CUTEMOL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs astringent solution external packet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GOLD BOND ULTIMATE HEALING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
GOLD BOND ULTIMATE SOOTHING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
HEALTHWISE PAIN RELIEF EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
HIBICLENS EXTERNAL SOLUTION 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
HYDRASYN25 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 24 paquetes cada 30 días
<i>itch relief extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
J & J BURN CREAM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
KERADAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
LAC-HYDRIN FIVE EXTERNAL LOTION 5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
LACTINOL HX EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
LIDO KING EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lidocaine external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lidocaine max st 24 hours external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lidocaine pain relief max st external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lidocaine pain relieving external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lidocanna external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LIDOCARE ARM/NECK/LEG EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
LIDOCARE BACK/SHOULDER EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lidocore external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LIDOGUARD EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lidotrode external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDERMA AG FACE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDERMA STRETCH MARKS THERAPY EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDPURA HYDROSEPTINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDPURA ZINC OXIDE EXTERNAL OINTMENT 20 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer calamine external lotion</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 45 g cada 30 días
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 45 g cada 30 días
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 59 ml cada 30 días
<i>moisture barrier external ointment 0.44-20.6 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>moisturizing cream external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NEUTROGENA HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
NISEKO HYDRATING FACIAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 g cada 30 días
NIVEA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
NIVEA VISAGE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
NIVEA VISAGE INNER BEAUTY EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
NUTRADERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
OKEEFFES WORKING HANDS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain relief max str external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain relief maximum strength external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain relieving lidocaine external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PALMERS COCOA BUTTER FORMULA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PALMERS INTENSIVE RELIEF HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PALMERS NIGHT CREAM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PALMERS STRETCH MARKS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 g cada 30 días
PEN-KERA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PENTRAVAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PENTRAVAN PLUS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>phenol liquid , 89 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 100 g cada 30 días
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 7 ml cada 28 días
<i>povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PRETTY FEET/HANDS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM 1 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>qc anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc calamine external lotion</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc povidone iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra allergy external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra anti-itch skin protectant external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra antiseptic external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ra antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra lidocaine pain relieving external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra pain relieving external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RE-LIEVED MAXIMUM STRENGTH EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
RESTA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
RISABAL-PH EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
SALONPAS PAIN RELIEVING EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SCRUB CARE POVIDONE-IODINE EXTERNAL SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>special care external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 100 g cada 30 días
<i>theracare lidocaine max str external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>theracare pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
UDDERLY SMOOTH EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
UDDERLY SMOOTH EXTRA CARE 20 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
UDDERLY SMOOTH EXTRA CARE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ultra lido external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 g cada 30 días
VANICREAM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
VELVACHOL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin e with panthenol external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-DRYL EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>we care zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
WELMATE LIDOCAINE PAIN RELIEV EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
XERAC AC EXTERNAL SOLUTION 6.25 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>zinc oxide external ointment 20 %, 25 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF EXTERNAL CREAM 0.033 %	\$0 (Nivel 1)	DP
Óticos		
CLEARCANAL EARWAX SOFTENER OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **6/30/2026**

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	acetaminophen extra strength.....	39	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	
12 hour decongestant.....	133	acetaminophen infants.....	39	INTERM.....	129
12 hour nasal decongestant.....	133	acetaminophen-codeine.....	38	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	
12 hour nasal relief spray.....	133	acetazolamide.....	63	LARGE.....	129
12 hour nasal spray.....	133	acetazolamide er.....	63	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	
12 hr mucus relief max.....	133	acetic acid.....	66, 108, 120	MEDIUM.....	129
12hr allergy relief.....	120	acetylcysteine.....	129	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	
1st base.....	66	acitretin.....	238	SMALL.....	129
24hr allergy relief.....	120	ACTHIB.....	32	AEROCHAMBER PLUS FLOW VU	
3 day vaginal.....	106	actical.....	191	.....	129
3232a infant formula.....	165	actidom dmx.....	133	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS...	129
4-WAY FAST ACTING.....	133	ACTIMMUNE.....	31	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	
50+ adult eye health.....	190	ACTINEL DM.....	133	CHAMBR.....	129
600+d3.....	182	active fe.....	110	AEROCHAMBER Z-STAT	
7 day vaginal.....	106	ACTIVNUTRIENTS.....	191	PLUS/LARGE.....	129
8 hour arthritis pain.....	38	ACTIVNUTRIENTS		AEROCHAMBER Z-STAT	
8 hour pain reliever.....	38	PERFORMANCE.....	191	PLUS/MEDIUM.....	130
8 hr arthritis pain relief.....	38	ACTIVNUTRIENTS W/O IRON.....	191	AEROCHAMBER Z-STAT	
8hr muscle aches & pain relief.....	39	acyclovir.....	54	PLUS/SMALL.....	130
a thru z advanced.....	190	acyclovir sodium.....	54	AEROCHAMBER2GO ANTI-	
a thru z advanced adult.....	190	ADACEL.....	32	STATIC.....	130
a thru z high potency.....	190	adalimumab-bwwd.....	28	AEROVENT PLUS.....	130
a thru z select.....	190	adapalene.....	232	AFIRMELLE.....	71
a thru z select 50+ advanced.....	190	adapalene treatment.....	232	AFLORA.....	191
a thru z select 50+ mens.....	190	ADDAPRIN.....	35	AFRIN 12 HOUR.....	133
a thru z select advanced.....	190	adefovir dipivoxil.....	54	AFRIN ALLERGY SINUS.....	133
a thru z select ultimate women.....	190	ADEK GUMMIES PLUS ZN.....	191	AFRIN NODRIP CHILDRENS.....	134
a thru z ultimate mens.....	191	ADEMPAS.....	64	AFRIN NODRIP EXTRA	
a-10000.....	191	ADIPEX-P.....	85	MOISTURE.....	134
a-25.....	191	ADMELOG.....	78	AFRIN NODRIP NIGHT.....	134
abacavir sulfate.....	48	ADMELOG SOLOSTAR.....	78	AFRIN NODRIP ORIGINAL.....	134
abacavir sulfate-lamivudine.....	49	ADRENAL MANAGER.....	191	AFRIN NODRIP SEVERE	
abc complete adult.....	191	ADRENALIV.....	191	CONGEST.....	134
abc complete mens.....	191	adrenoid.....	191	AFRIN NODRIP SINUS.....	134
abc complete senior 50+.....	191	adult one daily gummies.....	191	AFRIN ORIGINAL.....	134
abc complete senior mens 50+.....	191	ADVAIR HFA.....	129	AFRIN SEVERE CONGESTION...	134
abc complete senior womens 50+.....	191	ADVANCED C PLUS.....	191	AIMOVIG.....	162
abc complete womens.....	191	ADVANCED		aimsco lubricated.....	71
ABIGALE.....	84	CALCIUM/D/MAGNESIUM.....	182	AIRAVITE.....	191
ABIGALE LO.....	84	advanced eye health.....	191	AIRBORNE.....	191
ABILIFY ASIMTUFII.....	157	ADVANCED MULTI EA.....	191	AIRBORNE ELDERBERRY.....	191
ABILIFY MAINTENA.....	157	ADVANTAGE CARE		AIRBORNE GUMMIES.....	191
abiraterone acetate.....	18	ELECTROLYTE PED.....	181	AIRBORNE KIDS.....	191
ABIRTEGA.....	18	ADVERA.....	165	AIRSUPRA.....	129
ABRYSVO.....	32	ADVIL.....	35	AKEEGA.....	18
acamprosate calcium.....	163	ADVIL JUNIOR STRENGTH.....	35, 39	AL12.....	240
acarbose.....	80	advin covid-19 antigen test.....	51	ala-cort.....	238
ACCUTANE.....	232	AEROCHAMBER HOLDING		ALAVERT.....	120
acebutolol hcl.....	61	CHAMBER.....	129	ALAVERT D-12 HOUR	
ACERFLEX.....	165	AEROCHAMBER MINI CHAMBER.....	129	ALLERGY/CONG.....	134
acerola c-500.....	191	AEROCHAMBER MV.....	129	albendazole.....	51
acetaminophen.....	39	AEROCHAMBER PLS FLOVU		albuterol sulfate.....	128
acetaminophen 8 hour.....	39	MTHPIECE.....	129	albuterol sulfate hfa.....	128
acetaminophen childrens.....	39	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU..	129	alclometasone dipropionate.....	238
acetaminophen er.....	39			alcoholado eucaliptino.....	66

ALCON TEARS.....	116	allergy relief (cetirizine).....	121	amlodipine besylate-valsartan.....	62
ALDURAZYME.....	81	allergy relief (loratadine).....	121	amlodipine-olmesartan.....	62
ALECENSA.....	19	allergy relief 24-hr.....	121	ammonium lactate.....	241
alendronate sodium.....	86	allergy relief cetirizine.....	121	AMNESTEEM.....	232
aler-cap.....	120	allergy relief childrens.....	121	AMORYN MOOD BOOSTER.....	192
alertab.....	121	allergy relief childrens 24-hr.....	121	amoxapine.....	155
ALFAMINO JUNIOR.....	165	allergy relief d.....	134	amoxicillin.....	57
alfuzosin hcl er.....	108	allergy relief d12.....	134	amoxicillin-pot clavulanate.....	57
aliskiren fumarate.....	64	allergy relief d-12.....	134	amphetamine-dextroamphet er.....	160
ALIVE ADULT PREMIUM.....	191	allergy relief d-24.....	134	amphetamine-dextroamphetamine.....	160
ALIVE CALCIUM BONE		allergy relief indoor/outdoor.....	121	amphotericin b.....	50
SUPPORT.....	191	allergy relief nasal decongest.....	134	amphotericin b liposome.....	50
alive daily energy.....	191	allergy relief-d.....	134	ampicillin.....	58
ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN.....	191	allergy/congestion relief.....	134	ampicillin sodium.....	58
ALIVE ENERGY 50+.....	191	ALLI.....	85	ampicillin-sulbactam sodium.....	58
ALIVE EVERYDAY IMMUNE		allopurinol.....	47	anagrelide hcl.....	109
HEALTH.....	191	ALMACONE DOUBLE STRENGTH.....	87	anastrozole.....	18
ALIVE GARDEN GOODNESS.....	192	ALOE VESTA ANTIFUNGAL.....	235	ANBESOL MAXIMUM STRENGTH	
ALIVE GUMMIES FOR CHILDREN		alosetron hcl.....	93	.....	231
.....	192	ALPHA BETIC.....	192	anefrin spray.....	135
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS.....	192	alprazolam.....	154	ANORO ELLIPTA.....	128
ALIVE MAX 6 POTENCY.....	192	ALTACHLORE.....	116	antacid.....	88
ALIVE MENS 50+.....	192	ALTADERM.....	66	antacid & antigas.....	87
ALIVE MENS 50+ MULTI GUMMY.....	192	altarussin.....	134	antacid & anti-gas max str.....	87
ALIVE MENS 50+ ULTRA.....	192	altarussin dm.....	134	antacid advanced.....	87
ALIVE MENS COMPLETE MULTI.....	192	ALTAVERA.....	71	antacid anti-gas.....	87
ALIVE MENS GUMMY		altipres.....	134	antacid anti-gas max strength.....	87
MULTIVITAMINS.....	192	altipres pediatric.....	134	antacid calcium.....	87
ALIVE MENS ULTRA.....	192	altituss.....	134	antacid calcium rich.....	87
ALIVE MULTI-VITAMIN.....	192	altrixa.....	192	antacid extra strength.....	87
ALIVE MULTI-VITAMIN		altrixa ob.....	192	antacid fast relief.....	87
CHILDRENS.....	192	alum & mag hydroxide-simeth.....	87	antacid i.....	88
ALIVE ONCE DAILY WOMENS....	192	aluminum acetate.....	240	antacid iii.....	88
ALIVE ULTRA POTENCY ADULT.....	192	aluminum hydroxide gel.....	87	antacid liquid.....	88
ALIVE ULTRA POTENCY		aluminum-magnesium-simethicone.....	87	antacid m.....	88
WOMENS 50+.....	192	ALUNBRIG.....	19, 20	antacid maximum strength.....	88
ALIVE WOMENS 50+.....	192	ALVAIZ.....	109	antacid regular strength.....	88
ALIVE WOMENS 50+ COMPLETE		ALVESCO.....	133	antacid/antigas.....	88
MV.....	192	alyacen 1/35.....	71	antacid/simethicone ds.....	88
ALIVE WOMENS 50+ GUMMY.....	192	alyacen 7/7/7.....	71	anti-allergy.....	192
ALIVE WOMENS ENERGY.....	192	ALYFTREK.....	130	antibiotic.....	233
ALIVE WOMENS GUMMY.....	192	ALYGLO.....	31	anti-diarrheal.....	90
all day allergy.....	121	ALYQ.....	64	antifungal.....	235
all day allergy childrens.....	121	amantadine hcl.....	153	antifungal (clotrimazole).....	235
all day allergy d.....	134	ambrisentan.....	64	antifungal (tolnaftate).....	235
ALLBEE/C.....	192	AMETHYST.....	71	anti-hist allergy.....	121
all-day allergy childrens.....	121	amikacin sulfate.....	51	anti-itch.....	241
ALLEGRA ALLERGY.....	121	amiloride hcl.....	63	anti-itch extra strength.....	241
aller-chlor.....	121	amiloride-hydrochlorothiazide.....	63	antioxidant.....	192
allergy.....	121	aminofen.....	39	anti-oxidant.....	193
allergy (cetirizine).....	121	AMINOSYN II.....	189	antioxidant a/c/e/selenium.....	192
allergy 24hour indoor/outdoor.....	121	AMINOSYN-PF.....	190	antioxidant formula.....	192
allergy 24-hr.....	121	amiodarone hcl.....	59	antioxidant formula/minerals.....	192
allergy childrens.....	121	amitriptyline hcl.....	155	antioxidant vitamins.....	193
allergy d-12.....	134	AMLACTIN DAILY.....	240	antiseptic skin cleanser.....	241
allergy eye.....	114	AMLACTIN DAILY NOURISH.....	241	apap childrens.....	39
allergy rel child (loratadine).....	121	AMLACTIN ULTRA SMOOTHING.....	241	apap extra strength.....	39
allergy rel d12 (cetirizine).....	134	amlodipine besy-benazepril hcl.....	63	APETIBEX.....	193
allergy relief.....	121	amlodipine besylate.....	61	APHEN.....	39

APPE-CURB.....	193	ATABEX OB.....	193	b-1.....	193
<i>apra</i>	39	<i>atazanavir sulfate</i>	48	<i>b1 natural</i>	193
<i>aprepitant</i>	92	<i>atenolol</i>	61	<i>b-100 b-complex</i>	193
APRI.....	71	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	62	<i>b-12</i>	193
APTIOM.....	150	<i>athletes foot</i>	235	<i>b-12 quick dissolve</i>	193
APTIVUS.....	48	<i>athletes foot (clotrimazole)</i>	235	<i>b-12 slow release</i>	193
AQUA GLYCOLIC FACE.....	241	<i>athletes foot (terbinafine)</i>	235	<i>b-12 tr</i>	193
AQUA-CERIN.....	241	<i>athletes foot powder spray</i>	235	<i>b-50 complex</i>	193
AQUA-E.....	193	<i>atomoxetine hcl</i>	160	<i>b-6</i>	194
<i>aquanaz</i>	135	<i>atorvastatin calcium</i>	60	<i>b6 natural</i>	193
AQUASOL A.....	193	<i>atovaquone</i>	51	BABY ANTI MONKEY BUTT.....	241
<i>aqueous vitamin d</i>	193	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	54	BABY DDROPS.....	194
AQUORAL.....	231	ATREVIS HYDROGEL.....	66	<i>baby super daily d3</i>	194
ARALAST NP.....	130	<i>atropine sulfate</i>	116	<i>baby vitamin d3</i>	194
ARANELLE.....	71	ATROVENT HFA.....	120	BABY'S BIG SUPPORT.....	165
ARBEM H-COSMETIC.....	66	AUBRA EQ.....	71	<i>bacitracin</i>	233
ARBEM LIOPEN.....	66	AUGTYRO.....	20	<i>bacitracin zinc</i>	233
ARCALYST.....	31	AUROVELA 1/20.....	71	<i>bacitracin zinc-aloe</i>	233
AREXVY.....	32	AUROVELA 24 FE.....	71	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	115
ARGINAID EXTRA.....	165	AUROVELA FE 1.5/30.....	71	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	115
ARIKAYCE.....	51	AUROVELA FE 1/20.....	71	BACITRAYCIN PLUS.....	233
<i>aripiprazole</i>	157	AUSTEDO.....	161	<i>baclofen</i>	154
ARISTADA.....	157	AUSTEDO XR.....	161	BACMIN.....	194
ARISTADA INITIO.....	157	AUSTEDO XR PATIENT		BAFIERTAM.....	154
<i>armodafinil</i>	162	TITRATION.....	161	<i>balance b-50</i>	194
ARNUITY ELLIPTA.....	133	AUVELITY.....	155	<i>balanced b complex</i>	194
<i>arthritis pain relief</i>	39	AUXIPRO VANISHING.....	66	<i>balanced b-100</i>	194
<i>arthritis pain reliever</i>	39	AVEDANA GLYCERIN (ADULT).....	97	<i>balanced b-50/fa</i>	194
<i>arthritis pain relieving</i>	241	AVEENO DAILY MOISTURIZING		<i>balanced nutritional drink</i>	165
<i>artificial tears</i>	116	FACE.....	241	<i>balanced nutritional drink pls</i>	165
<i>artificial tears pf</i>	116	AVEENO INTENSE RELIEF HAND		<i>balanced nutritional shake pls</i>	165
<i>ascorbic acid</i>	193	.....	241	BALMBARR HAND & BODY.....	241
<i>asenapine maleate</i>	157	AVEENO POSITIVELY RADIANT.....	241	BALMBARR MOISTURIZING.....	241
ASHLYNA.....	71	AVEENO RESTORATIVE SKIN		BALMBARR STRETCH MARK.....	241
ASPERCREME LIDOCAINE.....	241	THERAP.....	241	<i>balsalazide disodium</i>	96
<i>asperflex max st</i>	241	AVEENO SKIN RELF MOIST		BALVERSA.....	20
ASPERFLEX PAIN RELIEVING.....	241	REPAIR.....	241	BALZIVA.....	72
<i>aspirin</i>	40	AVIANE.....	71	BANOPHEN.....	121, 241
<i>aspirin 81</i>	39	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....	20	BARACLUDE.....	54
<i>aspirin adult low dose</i>	39	AYUNA.....	71	BARIATRIC FUSION.....	194
<i>aspirin adult low strength</i>	39	AYVAKIT.....	20	<i>bariatric multivitaminliron</i>	194
<i>aspirin buf(cacarb-mgcarb-mgo)</i>	39	<i>az cream</i>	66	<i>bariatric multivitamins</i>	194
<i>aspirin childrens</i>	39	<i>azacitidine</i>	26	<i>bariatric multivitaminsliron</i>	194
<i>aspirin ec</i>	40	<i>azathioprine</i>	31	BASE PCCA CLARIFYING.....	66
<i>aspirin ec adult low dose</i>	40	<i>azelastine hcl</i>	114, 121	<i>base w301</i>	66
<i>aspirin ec adult low strength</i>	40	<i>azesco</i>	193	<i>basic am</i>	194
<i>aspirin ec low dose</i>	40	<i>azithromycin</i>	56	<i>basic pm</i>	194
<i>aspirin ec low strength</i>	40	AZO URINARY TRACT DEFENSE.....	51	BAYER ADVANCED ASPIRIN	
<i>aspirin low dose</i>	40	AZOLEN ANTI-FUNGAL WASH.....	235	REG ST.....	40
<i>aspirin low strength</i>	40	AZOLEN TINCTURE.....	235	BAYER ASPIRIN.....	40
<i>aspirin regimen</i>	40	<i>aztreonam</i>	51	BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE.....	40
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	114	AZURETTE.....	72	BAYER LOW DOSE.....	40
ASSURE ID INSULIN SAFETY		<i>b complex</i>	193	<i>baza antifungal</i>	235
SYR.....	78	<i>b complex formula 1 (w/ fa)</i>	193	BCAD 1.....	166
ASTAGRAF XL.....	31	<i>b complex vitamins</i>	193	BCAD 2.....	166
<i>asthma relief</i>	130	<i>b complex-b12</i>	193	<i>bcg vaccine</i>	32
<i>astringent</i>	241	<i>b complex-c</i>	193	<i>b-compleet-100</i>	194
ATABEX.....	193	<i>b complex-c-folic acid</i>	193	<i>b-compleet-50</i>	194
ATABEX EC.....	193	<i>b1</i>	193	<i>b-complex</i>	194

<i>b-complex (folic acid)</i>	194	BINAXNOW COVID-19 AG HOME		BOOST KID ESSENTIALS	
<i>b-complex balanced</i>	194	TEST.....	51	1.5/FIBER.....	166
<i>b-complex plus b-12</i>	194	BIO-35 GLUTEN-FREE.....	194	BOOST ORIGINAL.....	166
<i>b-complex/b-12</i>	194	BIO-35 IRON FREE.....	194	BOOST PLUS.....	166
<i>b-complex/electrolytes</i>	194	<i>biocal</i>	194	BOOST VERY HIGH CALORIE.....	166
<i>b-complex/vitamin c</i>	194	<i>biocel</i>	194	BOOST VHC.....	166
<i>b-complex-c</i>	194	<i>biocof</i>	135	BOOST WOMEN.....	166
<i>b-complex-c (w/folic acid)</i>	194	<i>biocotron</i>	135	BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT.....	195
BENADRYL ALLERGY.....	121	<i>biodesp dm</i>	135	BOOSTRIX.....	33
BENADRYL ALLERGY		BIO-D-MULSION.....	195	<i>boro-packs</i>	242
CHILDRENS.....	121	BIO-D-MULSION FORTE.....	195	<i>bortezomib</i>	20
BENADRYL ALLERGY EXTRA		<i>bioflex</i>	195	<i>bosentan</i>	64, 65
STR.....	121	BIOLLE GEL TEARS.....	116	BOSULIF.....	20
BENADRYL ALLERGY		BIOLLE TEARS.....	116	<i>bp vit 3</i>	195
ULTRATABS.....	121	BIOLYTE.....	181	<i>b-plex</i>	195
BENADRYL EXTRA STRENGTH.....	241	BION TEARS PF.....	116	<i>b-plex plus</i>	195
<i>benazepril hcl</i>	65	BIOTECT PLUS.....	195	BPROTECTED MULTI-VITE.....	195
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	63	BIOTENE DRY MOUTH MOIST		BPROTECTED PEDIA D-VITE.....	195
<i>bendamustine hcl</i>	18	SPRAY.....	231	BPROTECTED PEDIA IRON.....	110
BENDEKA.....	18	<i>biotin</i>	195	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE	
BENECALORIE.....	166	<i>biotin forte</i>	195	.....	195
BENLYSTA.....	32	<i>biotin maximum strength</i>	195	BPROTECTED PEDIA POLY-	
BENZEPRO.....	232	<i>biotin super potency</i>	195	VITE/FE.....	195
<i>benzoin</i>	241	<i>bio-z-cough</i>	135	BPROTECTED PEDIA TRI-VITE.....	195
<i>benzonatate</i>	135	<i>bisacodyl</i>	97	BPROTECTED VITAMIN C.....	195
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	232	<i>bisacodyl ec</i>	97	BRAFTOVI.....	20
<i>benzphetamine hcl</i>	85	<i>bisacodyl laxative</i>	97	<i>brain builder kids</i>	195
<i>benztropine mesylate</i>	153	<i>bismuth</i>	90	BRAINSUSTAIN FOR KIDS.....	166
BERINERT.....	110	<i>bismuth subsalicylate</i>	90	<i>breathe comfort chamber/adult</i>	130
<i>besifloxacin hcl</i>	115	<i>bisoprolol fumarate</i>	61	<i>breathe comfort chamber/child</i>	130
BESIVANCE.....	115	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	62	<i>breathe ease large</i>	130
BESREMI.....	27	BIVIGAM.....	31	<i>breathe ease medium</i>	130
<i>beta care</i>	241	BLACK-DRAUGHT LAX-SENNA.....	97	<i>breathe ease small</i>	130
BETA XMA.....	241	<i>bladder 2.2</i>	195	BREATHERITE VALVED MDI	
BETADINE.....	242	BLISOVI 24 FE.....	72	CHAMBER.....	130
BETADINE SURGICAL SCRUB.....	242	BLISOVI FE 1.5/30.....	72	BREO ELLIPTA.....	129
<i>betaine</i>	81	BLISOVI FE 1/20.....	72	BREYNA.....	129
<i>betamethasone dipropionate</i>	239	<i>blood sugar manager</i>	195	BREZTRI AEROSPHERE.....	128
<i>betamethasone dipropionate aug</i>		BLUE-EMU PAIN RELIEF DRY.....	242	<i>brIELlyn</i>	72
.....	238, 239	BLUJEPa.....	51	BRIGHT BEGINNINGS	
<i>betamethasone valerate</i>	239	<i>body/hair/skin/nails</i>	195	PEDIATRIC.....	166
BETASEPT SURGICAL SCRUB.....	242	<i>bone density builder</i>	182	<i>brimonidine tartrate</i>	114
BETASERON.....	154	BONEUP.....	195	<i>brinzolamide</i>	114
<i>betatemp childrens</i>	40	BONEUP 3 PER DAY.....	195	<i>brivaracetam</i>	150
<i>betaxolol hcl</i>	61, 114	BONEUP VEGETARIAN.....	195	BRIVIACT.....	150
<i>bethanechol chloride</i>	108	BONSITY.....	86	<i>bromocriptine mesylate</i>	153
<i>better b complex</i>	194	BOOST.....	166	BRONKAID MAX.....	130
BEVESPI AEROSPHERE.....	128	BOOST BREEZE.....	166	BRUKINSA.....	20
<i>bexarotene</i>	27, 242	BOOST BREEZE 2-FLAVOR		BUCKLEYS CHEST	
BEXSERO.....	33	PACK.....	166	CONGESTION.....	135
<i>bicalutamide</i>	18	BOOST GLUCOSE CONTROL.....	166	<i>budesonide</i>	96, 133
BICILLIN L-A.....	58	BOOST GLUCOSE CTRL MAX		<i>budesonide er</i>	96
BIG 100.....	194	PROTEIN.....	166	<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	129
BIG 100 (BIOTIN).....	194	BOOST HIGH PROTEIN.....	166	BUFFERIN.....	40
BIKTARVY.....	49	BOOST KID ESSENTIALS 1.0 CAL		BUFFERIN EXTRA STRENGTH.....	40
<i>bilberry plus</i>	194	.....	166	<i>bumetanide</i>	63
BILDYOS.....	86	BOOST KID ESSENTIALS 1.5 CAL		<i>buprenorphine</i>	37
BIMZELX.....	28	.....	166	<i>buprenorphine hcl</i>	163
				<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	163

<i>bupropion hcl</i>	155	<i>calcium citrate +</i>	184	<i>carbamazepine er</i>	150
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	163	<i>calcium citrate + d</i>	184	<i>carbidopa-levodopa</i>	153
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	155	<i>calcium citrate + d3</i>	184	<i>carbidopa-levodopa er</i>	153
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	155	<i>calcium citrate + d3 maximum</i>	184	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> ...	153
BURIED TREASURE ACTIVE 55 PLUS.....	195	<i>calcium citrate chewy bite</i>	184	<i>carboplatin</i>	18
<i>buspirone hcl</i>	154	<i>calcium citrate plus</i>	184	<i>carboxymethylcellulose sod pf</i>	116, 117
<i>butenafine hcl</i>	235	<i>calcium citrate plus/magnesium</i>	184	<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	117
<i>butorphanol tartrate</i>	38	<i>calcium citrate+d3</i>	184	<i>cardiopress</i>	196
<i>c 1000</i>	195	<i>calcium citrate+d3 petites</i>	184	CARESTART COVID-19 HOME TEST.....	51
<i>c 500</i>	195	<i>calcium citrate-mag-minerals</i>	184	<i>carglumic acid</i>	81
<i>c 500/rose hips</i>	195	<i>calcium citrate-vitamin d</i>	184	<i>carisoprodol</i>	154
<i>c extra strength</i>	195	<i>calcium citrate-vitamin d3</i>	184	CARNATION BREAKFAST ESSENTIALS.....	166
<i>c-1000</i>	195	<i>calcium creamies</i>	184	<i>carteolol hcl</i>	114
<i>c-1000/rose hips</i>	196	<i>calcium gluconate</i>	184	CARTIA XT.....	61
<i>c-250</i>	196	<i>calcium high potency</i>	184	<i>carvedilol</i>	61
<i>c-500</i>	196	<i>calcium high potency/vitamin d</i>	184	<i>caspofungin acetate</i>	50
<i>c-500/rose hips</i>	196	<i>calcium lactate</i>	184	<i>castellani paint</i>	235
<i>cabergoline</i>	81	<i>calcium magnesium zinc</i>	184	<i>castellani paint modified</i>	235
CABOMETYX.....	20	<i>calcium oyster shell</i>	184	CAYSTON.....	51
<i>calamine</i>	242	<i>calcium plus vitamin d</i>	184	<i>c-chewable</i>	196
<i>calamine-zinc oxide</i>	242	<i>calcium plus vitamin d3</i>	184	<i>cefaclor</i>	55
CALCIDOL.....	196	<i>calcium soft chews</i>	184	<i>cefadroxil</i>	55
<i>calcipotriene</i>	238	<i>calcium+d3</i>	184	<i>cefazolin sodium</i>	55
<i>calcitonin (salmon)</i>	86	<i>calcium-magnesium-zinc</i>	185	<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	55
<i>calcitrate plus d</i>	182	<i>calcium-magnesium-zinc-d3</i>	185	<i>cefdinir</i>	55
<i>cal-citrate plus vitamin d</i>	182	<i>calcium-magnesium-zinc-vit d3</i>	185	<i>cefepime hcl</i>	55
CALCITRENE.....	238	<i>calcium-vitamin d</i>	185	<i>cefexime</i>	56
<i>calcitriol</i>	71	<i>calcium-vitamin d3</i>	185	<i>cefotetan disodium</i>	56
<i>calcium</i>	184	CAL-GEST ANTACID.....	88	<i>cefoxitin sodium</i>	56
<i>calcium + d</i>	183	<i>cal-mint</i>	185	<i>cefpodoxime proxetil</i>	56
<i>calcium + d3</i>	183	CALMOSEPTINE.....	242	<i>cefprozil</i>	56
<i>calcium + vitamin d3</i>	183	CALPROTECT.....	242	<i>ceftaroline fosamil</i>	56
<i>calcium 1000 + d</i>	183	CALQUENCE.....	20	<i>ceftazidime</i>	56
<i>calcium 1200</i>	183	CALTRATE 600+D PLUS MINERALS.....	185	<i>ceftriaxone sodium</i>	56
<i>calcium 500 + d</i>	183	CALTRATE 600+D3.....	185	<i>cefuroxime axetil</i>	56
<i>calcium 500 + d3</i>	183	CALTRATE 600+D3 SOFT.....	185	<i>cefuroxime sodium</i>	56
<i>calcium 500/d</i>	183	CALTRATE BONE HEALTH.....	185	CELEBRATE CALCIUM CITRATE.....	185
<i>calcium 500/vitamin d</i>	183	CALTRATE BONE HEALTH ADVANCED.....	185	CELEBRATE CALCIUM PLUS 500.....	185
<i>calcium 500+d</i>	183	CALTRATE MINIS PLUS MINERALS.....	185	CELEBRATE MULTI-COMPLETE 18.....	196
<i>calcium 500+d high potency</i>	183	CAMILA.....	72	CELEBRATE MULTI-COMPLETE 36.....	196
<i>calcium 500+d3</i>	183	CAMRESE.....	72	CELEBRATE MULTI-COMPLETE 45.....	196
<i>calcium 600</i>	183	CAMRESE LO.....	72	CELEBRATE MULTI-COMPLETE 60.....	196
<i>calcium 600 + d</i>	183	<i>candesartan cilexetil</i>	59	<i>celecoxib</i>	35
<i>calcium 600 +d high potency</i>	183	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	62	<i>centavite a-z complete-mineral</i>	196
<i>calcium 600/vitamin d</i>	183	CAPLYTA.....	157	CENTRATEx.....	110
<i>calcium 600/vitamin d3</i>	183	CAPRELSA.....	20	<i>centravites</i>	196
<i>calcium 600+d</i>	183	<i>capsaicin</i>	242	<i>centravites 50 plus</i>	196
<i>calcium 600+d high potency</i>	183	<i>capsaicin hp</i>	242	<i>centravites adults</i>	196
<i>calcium 600+d3</i>	183	<i>capsaicin pain relief</i>	242	CENTRUM.....	197
<i>calcium 600+d3 plus minerals</i>	183	<i>capsaid es arthritis relief</i>	242	CENTRUM ADULT.....	196
<i>calcium antacid</i>	88	<i>captopril</i>	65		
<i>calcium carb-cholecalciferol</i>	183	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	63		
<i>calcium carbonate</i>	183, 184	CAPZASIN-HP.....	242		
<i>calcium carbonate antacid</i>	88	CAPZASIN-P.....	242		
<i>calcium carbonate extra light</i>	183	<i>capzix</i>	242		
<i>calcium carbonate light</i>	183	<i>carbamazepine</i>	150		
<i>calcium carbonate-vitamin d</i>	184				
<i>calcium citrate</i>	184				

CENTRUM ADULT 50+		<i>century mature</i>	198	<i>childrens pain reliever</i>	40
MULTIGUMMIES.....	196	CENVITE.....	198	<i>chlorhexidine gluconate</i>	231, 242
CENTRUM ADULTS.....	196	<i>cephalexin</i>	56	<i>chlorhist</i>	122
CENTRUM ADULTS		CEQUR SIMPLICITY 2U.....	78	<i>chloroquine phosphate</i>	54
MULTIGUMMIES.....	196	CEQUR SIMPLICITY INSERTER.....	78	<i>chlorphen</i>	122
CENTRUM CARDIO.....	196	CERALYTE 70.....	181	<i>chlorpheniramine maleate</i>	122
CENTRUM DUAL ACT MULTI+		CERASPORT.....	181	<i>chlorpheniramine maleate er</i>	122
BEAUTY.....	196	CERASPORT EX1.....	181	<i>chlorpromazine hcl</i>	157, 158
CENTRUM DUAL ACT		CERAVE DIABETICS DRY SKIN..	242	<i>chlorthalidone</i>	63
MULTI+OMEGA-3.....	196	CERAVE MOISTURIZING.....	242	CHLOR-TRIMETON ALLERGY.....	122
CENTRUM FLAVOR BURST.....	197	CERAVE SA ROUGH & BUMPY		CHOICEFUL MULTIVITAMIN.....	198
CENTRUM FLAVOR BURST		SKIN.....	242	<i>cholase control</i>	198
ADULT.....	197	CERDELGA.....	81	<i>cholecalciferol</i>	198
CENTRUM FLAVOR BURST KIDS		CEREFOLIN BRAIN WELLNESS..	198	<i>cholestyramine</i>	60
.....	197	CEREZYME.....	81	<i>cholestyramine light</i>	60
CENTRUM FRESH/FRUITY 50+...	197	CEROVITE JR.....	198	CHOLEXTRA.....	166
CENTRUM FRESH/FRUITY		CEROVITE SENIOR.....	198	CHROMAGEN.....	110
ADULT.....	197	CERTAVITE SENIOR.....	198	<i>chromic chloride</i>	190
CENTRUM KIDS.....	197	CERTAVITE		CHRSYADERM DAY.....	66
CENTRUM KIDS MULTIGUMMIES		SENIOR/ANTIOXIDANT.....	198	CHRSYADERM NIGHT.....	66
.....	197	CERTAVITE/ANTIOXIDANTS.....	198	CICAPLAST BAUME B5 SOOTH	
CENTRUM MEN.....	197	CETAPHIL MOISTURIZING.....	242	BALM.....	242
CENTRUM MEN 50+		CETAPHIL THERAPEUTIC HAND	242	<i>ciclopirox</i>	235
MULTIGUMMIES.....	197	<i>cetirizine hcl</i>	122	<i>ciclopirox olamine</i>	235
CENTRUM MEN MULTIGUMMIES		<i>cetirizine hcl allergy child</i>	121	<i>cilostazol</i>	110
.....	197	<i>cetirizine hcl childrens</i>	122	CILOXAN.....	115
CENTRUM MENOPAUSE HOT		<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	122	CIMDUO.....	49
FLASH.....	197	<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	135	<i>cinacalcet hcl</i>	82
CENTRUM MENOPAUSE		<i>cevimeline hcl</i>	231	<i>ciprofloxacin hcl</i>	57, 115
MIND/MOOD.....	197	CFPREOP.....	166	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	57
CENTRUM MINIS ADULTS 50+....	197	<i>charcoal activated</i>	81	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	120
CENTRUM MINIS MEN 50+.....	197	CHATEAL EQ.....	72	CIRCATA.....	242
CENTRUM MINIS WOMEN 50+....	197	<i>chelated magnesium</i>	185	<i>cisplatin</i>	18
CENTRUM MINIS WOMEN		<i>chelated zinc</i>	185	<i>citalopram hydrobromide</i>	155, 156
IMMUNE SUP.....	197	CHEMET.....	70	CITRACAL +D3.....	198
CENTRUM MULTI + OMEGA 3.....	197	CHEMSTRIP K.....	81	CITRACAL MAXIMUM.....	185
CENTRUM MULTI+ MENTAL		CHEMSTRIP UGK.....	82	CITRACAL MAXIMUM PLUS.....	185
FOCUS.....	197	<i>chest congestion relief</i>	135	CITRACAL PETITES/VITAMIN D..	185
CENTRUM POSTNATAL		<i>chest congestion relief child</i>	135	<i>citrus bioflavonoids</i>	66
GUMMIES.....	197	<i>chest congestion relief dm</i>	135	<i>citrus calcium/vitamin d</i>	185
CENTRUM SILVER.....	197	<i>chicken/peas/carrots</i>	166	CLARAVIS.....	232
CENTRUM SILVER 50+MEN.....	197	<i>chicken/peas/carrots plus</i>	166	<i>clarithromycin</i>	57
CENTRUM SILVER 50+WOMEN..	197	<i>chicken/peas/carrots plus pedi</i>	166	<i>clarithromycin er</i>	56
CENTRUM SILVER ADULT 50+...	197	<i>childrens 24 hour allergy</i>	122	CLARITIN.....	122
CENTRUM SILVER MEN 50+.....	197	CHILDRENS ADVIL.....	35	CLARITIN ALLERGY CHILDRENS	122
CENTRUM SILVER ULTRA		<i>childrens animal shapes</i>	198	CLARITIN CHILDRENS.....	122
WOMENS.....	197	<i>childrens apap</i>	40	CLARITIN REDITABS.....	122
CENTRUM SILVER WOMEN 50+..	197	<i>childrens aspirin</i>	40	CLARITIN REDITABS JUNIORS...	122
CENTRUM SPECIALIST HEART..	198	<i>childrens aspirin free</i>	40	CLARITIN-D 12 HOUR.....	135
CENTRUM SPECIALIST IMMUNE	198	<i>childrens chew multivitamin</i>	198	CLARITIN-D 24 HOUR.....	135
CENTRUM SPECIALIST VISION..	198	<i>childrens chewable vitamins</i>	198	<i>classic neti pot sinus wash</i>	130
CENTRUM ULTRA WOMENS.....	198	<i>childrens gummies</i>	198	<i>classic prenatal</i>	198
CENTRUM VITAMINTS.....	198	<i>childrens ibuprofen</i>	35	CLEAR EYES NATURAL TEARS..	117
CENTRUM WOMEN.....	198	<i>childrens ibuprofen 100</i>	35	CLEARCANAL EARWAX	
CENTRUM WOMEN 50+		<i>childrens loratadine</i>	122	SOFTENER.....	247
MULTIGUMMIES.....	198	CHILDRENS MEDI-PROFEN.....	35	CLEARDETECT COVID-19 AG	
CENTRUM WOMEN		CHILDRENS MEDI-TABS.....	40	HOME.....	51
MULTIGUMMIES.....	198	CHILDRENS MOTRIN.....	35	CLEARLAX.....	97
<i>century</i>	198	<i>childrens non-aspirin</i>	40	<i>clemastine fumarate</i>	122

CLEODERM.....	66	coenzyme q-10.....	166	coq10.....	167
CLEVER CHOICE HOLDING		co-enzyme q10.....	166	coq-10.....	167
CHAMBER.....	130	co-enzyme q-10.....	166	coq10 gummies adult.....	167
click espresso protein drink.....	166	COLACE.....	97	coq10 maximum strength.....	167
clindamycin hcl.....	51	COLACE 2-IN-1.....	97	coral calcium plus.....	199
clindamycin palmitate hcl.....	51	COLACE CLEAR.....	97	CORLANOR.....	64
clindamycin phos (once-daily).....	232	colchicine.....	47	CORTICARE B.....	199
clindamycin phos (twice-daily).....	232	colchicine-probenecid.....	47	CORVITA.....	199
clindamycin phos-benzoyl perox.....	232	cold multi-symptom severe day.....	122	CORVITA 150.....	110
clindamycin phosphate....	51, 106, 232	colesevelam hcl.....	60	CORVITE 150.....	110
clindamycin phosphate in d5w.....	51	colestipol hcl.....	60	corvite fe.....	110
clindamycin phosphate in nacl.....	51	colistimethate sodium (cba).....	51	COTELLIC.....	20
CLINERE EARWAX REMOVAL		collagen.....	242	cough & chest congestion dm.....	135
KIT.....	248	collagen premium skin.....	242	cough & congestion kids.....	135
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)...	190	collagen ultra.....	198	cough dm.....	135
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)....	190	COMBIGAN.....	114	cough dm childrens.....	135
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	190	COMBIVENT RESPIMAT.....	128	coughtab.....	135
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	190	COMETRIQ (100 MG DAILY		covid-19 at home antigen test.....	51
clinimix/dextrose (6/5).....	190	DOSE).....	20	covid-19 at-home test.....	51
clinimix/dextrose (8/10).....	190	COMETRIQ (140 MG DAILY		covid-19 otc antigen 1-pack.....	51
clinimix/dextrose (8/14).....	190	DOSE).....	20	covid-19 otc antigen 2-pack.....	51
CLINISOL SF.....	190	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	20	cream base.....	66
CLINITEST RAPID COVID-19		COMFORT ASSIST INSULIN		cream concentrate.....	66
TEST.....	51	SYRINGE.....	78	CREON.....	93
CLINOLIPID.....	190	comfort gel.....	88	CRESEMBA.....	50
clobazam.....	150	comfort gel antacid & anti-gas.....	88	CRITIC-AID CLEAR AF.....	236
clobetasol propionate.....	239	comfort gel antacid anti-gas.....	88	cromolyn sodium.....	94, 114, 130
clobetasol propionate e.....	239	COMPACT SPACE CHAMBER.....	130	CRUSH VITAMIN C DROPS.....	199
CLODAN.....	239	COMPACT SPACE CHAMBER/LG		CRYSSELLE.....	72
clomipramine hcl.....	156	MASK.....	130	CULTURELLE KIDS COMPLETE.....	199
clonazepam.....	150	COMPACT SPACE		CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-	
clonidine.....	64	CHAMBER/MED MASK.....	130	MV.....	199
clonidine hcl.....	64	COMPACT SPACE CHAMBER/SM		CULTURELLE PROBIOTIC MEN	
clopidogrel bisulfate.....	114	MASK.....	130	DAILY.....	199
clorazepate dipotassium.....	150	companion.....	198	CULTURELLE PROBIOTICS +	
CLORPACTIN.....	242	COMPETE.....	198	MULTIV.....	199
clotrimazole.....	107, 231, 236	COMPLEAT.....	166	cupric chloride.....	190
clotrimazole 3.....	107	COMPLEAT ORGANIC BLENDS..	166	curanol.....	40
clotrimazole af.....	235	COMPLEAT PEDI PEPTIDE 1.5...	167	curelief.....	122
clotrimazole anti-fungal.....	235	COMPLEAT PEDI STANDARD 1.0		CUTEMOL.....	242
clotrimazole athletes foot.....	236	.....	167	cutis plus.....	66
clotrimazole-7.....	107	COMPLEAT PEDI STANDARD 1.4		cvs 12 hour nasal decongestant....	135
clotrimazole-betamethasone.....	236	.....	167	cvs 8hr arthritis pain relief.....	40
clozapine.....	158	COMPLEAT PEDIATRIC.....	167	cvs 8hr muscle aches & pain.....	41
co q 10.....	166	COMPLEAT PEDIATRIC ORG		cvs acetaminophen.....	41
co q10.....	166	BLENDS.....	167	cvs acetaminophen ex st.....	41
co q-10.....	166	COMPLEAT PEPTIDE 1.5.....	167	cvs adapalene.....	232
COARTEM.....	54	COMPLEAT STANDARD 1.4.....	167	cvs adult 50+ eye health.....	199
COBENFY.....	158	complete allergy medicine.....	122	cvs adult multivitamin.....	199
COBENFY STARTER PACK.....	158	complete allergy relief.....	122	CVS AIRSHIELD.....	199
cocoa butter skin.....	242	complete multivitamin/mineral.....	198	CVS AIRSHIELD IMMUNITY	
coconut oil beauty.....	242	COMPLEX ESSENTIAL MSD.....	167	SUPPORT.....	199
cod liver oil.....	198	COMPRO.....	92	cvs allerg rel child (lorat).....	122
cod liver oil w/vit a & d.....	198	COMTrex DEEP CHEST COLD..	135	cvs allergy.....	122
cod liver oil/low vitamin a.....	198	CO-NATAL FA.....	199	cvs allergy & hives relief.....	122
cod liver oil/vitamins a & d.....	198	condoms.....	72	cvs allergy childrens.....	122
coditussin ac.....	135	constulose.....	97	cvs allergy nasal mist no drip.....	135
coditussin dac.....	135	COPAXONE.....	154	cvs allergy relief.....	123
coenzyme q10.....	166	COPIKTRA.....	20	cvs allergy relief adult.....	122

cvs allergy relief childrens.....	122, 123	cvs cough dm.....	136	cvs lice killing.....	240
cvs allergy relief d.....	135	cvs cough dm childrens.....	136	CVS LICE SOLUTION.....	240
cvs allergy relief neti pot.....	130	cvs covid-19 at home test kit.....	51	cvs lidocaine pain relief.....	243
cvs allergy relief(cetirizine).....	123	cvs d3.....	199	cvs lidocaine pain-relieving.....	243
cvs allergy relief-d.....	135	cvs daily fiber.....	97	cvs lubricant drops.....	117
cvs allergy relief-d12.....	135	cvs daily gummies.....	199	cvs lubricant drops fast act.....	117
cvs antacid maximum strength.....	88	cvs daily gummies adult.....	199	cvs lubricant eye drops.....	117
cvs antacid plus antigas.....	88	cvs daily multiple for men.....	199	cvs lubricant eye drops (pf).....	117
cvs antacid/anti-gas.....	88	cvs daily multiple women 50+.....	199	cvs magnesium.....	186
cvs antibiotic.....	233	cvs daily multiv/mineral mens.....	199	cvs magnesium oxide.....	186
cvs antibiotic pain/scar.....	233	cvs daily multivitamin mens.....	199	cvs melatonin.....	167
cvs anti-diarrheal.....	90	cvs daily multivitamin womens.....	200	cvs mens daily gummies.....	200
cvs antiseptic skin cleanser.....	242	cvs dm maximum adult.....	136	cvs menstrual relief.....	41
cvs arthritis pain relief.....	41	cvs dry eye relief.....	117	cvs miconazole 1 combo pack.....	107
cvs aspirin.....	41	cvs dry mouth.....	231	cvs miconazole 3 combo pack.....	107
cvs aspirin adult low dose.....	41	cvs dry skin therapy.....	243	cvs miconazole 3 combo-supp.....	107
cvs aspirin adult low strength.....	41	cvs e.....	200	cvs miconazole 7.....	107
cvs aspirin ec.....	41	cvs ear drops.....	248	cvs milk of magnesia.....	98
cvs aspirin low dose.....	41	cvs ear wax removal system.....	248	cvs mineral oil.....	98
cvs aspirin low strength.....	41	cvs earwax removal kit.....	248	cvs mini enema.....	98
cvs asthma relief.....	130	cvs electrolyte solution.....	182	cvs mini enema kids.....	98
cvs astringent solution.....	242	cvs enema disposable.....	97	cvs moisturizing.....	243
cvs athletes foot.....	236	cvs enema ready-to-use.....	97	cvs mucus dm extended release...	136
cvs athletes foot (tolnaftate).....	236	cvs epsom salt.....	97	cvs mucus extended release.....	136
cvs b complex plus c.....	199	cvs ethyl alcohol.....	66	cvs multi-symptoms cold child.....	136
cvs b-1.....	199	cvs eye allergy relief.....	114	cvs nasal decongestant.....	136
cvs b12.....	199	cvs eye health & lutein.....	200	cvs nasal mist.....	136
cvs b-12.....	199	cvs eye health adult 50+.....	200	cvs nasal spray.....	136
cvs b12 gummies.....	199	cvs fever reducing childrens.....	41	cvs natural daily fiber.....	98
cvs b6.....	199	cvs fiber.....	97	cvs natural fiber supplement.....	98
cvs bacitracin.....	233	cvs fiber laxative.....	97	cvs natural tears pf.....	117
cvs bacitracin zinc.....	233	cvs folic acid.....	200	cvs neti pot soft tip.....	130
cvs biotin.....	199	cvs foot & sneaker.....	236	cvs nicotine.....	163
cvs biotin high potency.....	199	cvs gas relief.....	94	cvs nicotine polacrilex.....	163
cvs butenafine hcl.....	236	cvs gas relief extra strength.....	94	cvs non-aspirin childrens.....	41
cvs calcium + d3.....	185	cvs gas relief infants.....	94	cvs non-aspirin extra strength.....	41
cvs calcium 600 & vitamin d3.....	185	cvs gas relief ultra strength.....	94	cvs nutrition liquid.....	167
cvs calcium 600 + d/minerals.....	185	cvs gauze sterile.....	78	cvs nutrition plus.....	167
cvs calcium 600+d.....	185	cvs gentle laxative.....	97	cvs nutrition plus chocolate.....	167
cvs calcium carbonate.....	185	cvs gentle laxative womens.....	98	cvs nutrition plus vanilla.....	167
cvs calcium citrate+d3.....	185	cvs genuine aspirin.....	41	cvs nutritional shake.....	167
cvs calcium citrate+d3 petites.....	186	cvs glycerin adult.....	98	cvs one daily essential.....	200
cvs calcium citrate+d3 w/magne....	186	cvs glycerin child.....	98	cvs one daily mens 50+ adv.....	200
cvs calcium soft chews.....	186	cvs gummy dinos.....	200	cvs one daily mens formula.....	200
cvs calcium-magnesium-zinc.....	186	cvs gummy multivitamin kids.....	200	cvs one daily womens 50+ adv.....	200
cvs capsaicin hp.....	243	cvs hydrating skin treatment.....	243	cvs one daily womens formula.....	200
cvs chewable c with rose hips.....	199	cvs ibuprofen.....	35	cvs oral anesthetic max str.....	231
cvs chewable childrens vitamin.....	199	cvs ibuprofen childrens.....	35	cvs oyster shell calcium-vit d.....	186
cvs childrens allergy.....	123	cvs ibuprofen infants.....	35	cvs pain & fever childrens.....	41
cvs childrens complete.....	199	cvs immune support.....	200	cvs pain & fever infants.....	41
cvs childrens ibuprofen.....	35	cvs indoor/outdoor allergy rlf.....	123	cvs pain relief.....	41, 243
cvs childs non-aspirin.....	41	cvs infants gas relief.....	94	cvs pain relief childrens.....	41
cvs c-lax laxative.....	97	cvs infants pain relief drops.....	41	cvs pain relief extra strength.....	41
cvs clotrimazole.....	236	cvs iron.....	110	cvs ped electrolyte freeze pop.....	182
cvs clotrimazole 3.....	107	cvs itch relief.....	236	cvs pediatric electrolyte.....	182
cvs coenzyme q-10.....	167	cvs itch relief extra strength.....	243	cvs petroleum jelly.....	66
cvs coq-10.....	167	cvs jock itch.....	236	cvs pinworm treatment.....	52
cvs coq-10 ultra.....	167	CVS KETONE CARE.....	82	cvs povidone-iodine.....	243
cvs cough & chest congestion.....	135	cvs laxative pills max st.....	98	cvs prenatal.....	200

<i>cvs prenatal gummy</i>	200	<i>cycloserine</i>	49	DAYVIGO.....	161
<i>cvs prenatal multi+dha</i>	200	<i>cyclosporine</i>	32	D-CERIN.....	243
<i>cvs prenatal multivitamin</i>	200	<i>cyclosporine modified</i>	32	DDROPS.....	202
CVS PURELAX.....	98	<i>cyproheptadine hcl</i>	123	DDROPS BOOSTER.....	202
<i>cvs ringworm</i>	236	CYRED EQ.....	72	DEBLITANE.....	72
<i>cvs saline sinus wash refills</i>	130	CYSTADROPS.....	117	DEBROX.....	248
<i>cvs senna</i>	98	CYSTAGON.....	82	DECARA.....	202
<i>cvs senna plus</i>	98	CYSTARAN.....	117	DECONEX IR.....	136
<i>cvs senna-extra</i>	98	CYSTEX URINARY PAIN RELIEF..	52	<i>decongestant</i>	136
<i>cvs severe cough/congest</i>	136	<i>cytarabine</i>	26	<i>decongestant vapor</i>	136
<i>cvs sinus nasal spray</i>	136	<i>d 1000</i>	201	DECUBI-VITE.....	202
<i>cvs sinus pe decongestant</i>	136	<i>d-1000 extra strength</i>	201	<i>deferasirox</i>	70
<i>cvs sinus wash system</i>	130	<i>d3</i>	201	<i>dekas bariatric</i>	202
<i>cvs skin treatment</i>	243	<i>d3 2000</i>	201	DEKAS PLUS.....	202
<i>cvs slow release dried iron</i>	111	<i>d3 5000</i>	201	DEKAS PLUS OCEAN.....	202
<i>cvs slow release iron</i>	111	<i>d3 baby drops</i>	201	DELSTRIGO.....	49
<i>cvs sod chloride hypertonicity</i>	117	<i>d3 extra strength</i>	201	DELSYM.....	136
<i>cvs sodium chloride</i>	117	<i>d3 high potency</i>	201	DELSYM CGH/CHEST CONG DM	
<i>cvs spectravite adult 50+</i>	200	<i>d3 max st</i>	201	CHILD.....	136
<i>cvs spectravite adults</i>	200	<i>d3 maximum strength</i>	201	DELSYM COUGH CHILDRENS....	136
<i>cvs spectravite advanced</i>	200	<i>d3 super strength</i>	201	DELSYM COUGH/CHEST	
<i>cvs spectravite men</i>	200	<i>d3-1000</i>	201	CONGEST DM.....	136
<i>cvs spectravite men 50+</i>	200	<i>d-3-5</i>	201	<i>delta d3</i>	202
<i>cvs spectravite senior</i>	200	D3-50.....	201	DENGAXIA.....	33
<i>cvs spectravite ultra men 50+</i>	200	<i>d-400</i>	201	DENTA 5000 PLUS.....	231
<i>cvs spectravite ultra mens</i>	200	<i>d-5000</i>	201	<i>dentagel</i>	231
<i>cvs spectravite ultra women</i>	200	<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	109	DEPLIN MA.....	202
<i>cvs spectravite women</i>	200	<i>daily betic</i>	201	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	72
<i>cvs spectravite women 50+</i>	200	<i>daily combo multi vitamins</i>	201	DEPO-TESTOSTERONE.....	71
<i>cvs spectravite womens senior</i>	200	<i>daily fiber</i>	98	DERMABASE.....	243
<i>cvs stomach relief</i>	90	<i>daily multiple vitamins</i>	201	DERMACINRX CIRCATRIX.....	243
<i>cvs stomach relief max st</i>	90	<i>daily multiple vitamins/min</i>	201	<i>dermaide aloe</i>	243
<i>cvs stool softener</i>	98	<i>daily multivitamin</i>	201	<i>derma-r</i>	243
<i>cvs stool softener/laxative</i>	98	<i>daily value multivitamin</i>	201	DERMAVITE.....	202
<i>cvs super b complex/c</i>	200	<i>daily vitamin/iron</i>	202	DERMELEVE ANTI-ITCH SCALP.....	243
<i>cvs tussin adult chest congest</i>	136	<i>daily vitamins</i>	202	DERMEND BRUISE FORMULA.....	243
<i>cvs tussin cough</i>	136	<i>daily vite</i>	202	DERMEND FRAGILE SKIN.....	243
<i>cvs tussin dm</i>	136	<i>daily vite multivitamin/iron</i>	202	DESCOVY.....	49
<i>cvs tussin dm max st</i>	136	<i>daily vites</i>	202	DESENEX.....	236
<i>cvs tussin maximum strength</i>	136	<i>daily vitesliron</i>	202	DESGEN DM.....	136
<i>cvs tussindm cough/chest adult</i>	136	<i>daily-vite</i>	202	DESGEN PEDIATRIC.....	136
<i>cvs vision health</i>	200	<i>daily-vite multivitamin</i>	202	<i>desipramine hcl</i>	156
<i>cvs vitamin a</i>	200	<i>dalfampridine er</i>	154	<i>desmopressin ace spray refig</i>	82
<i>cvs vitamin b12</i>	200	<i>danazol</i>	71	<i>desmopressin acetate</i>	82
<i>cvs vitamin b-12</i>	200, 201	<i>dantrolene sodium</i>	154	<i>desmopressin acetate pf</i>	82
<i>cvs vitamin c</i>	201	DANZITEN.....	20	<i>desmopressin acetate spray</i>	82
<i>cvs vitamin c-rose hips</i>	201	<i>dapaglifloz base-metformin er</i>	80	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	72
<i>cvs vitamin d3</i>	201	<i>dapagliflozin</i>	80	<i>despec dm</i>	137
<i>cvs vitamin e</i>	201	<i>dapsone</i>	52	<i>despec dm-g</i>	137
<i>cvs womens active daily</i>	201	DAPTACEL.....	33	<i>despec eda</i>	137
<i>cvs womens daily gummies</i>	201	<i>daptomycin</i>	52	<i>destress-iron</i>	202
<i>cvs womens prenatal+dha</i>	201	<i>darunavir</i>	48	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	156
<i>cvs zinc gluconate</i>	186	<i>dasatinib</i>	20	<i>dexamethasone</i>	84, 85
<i>cvs zinc oxide</i>	243	DASETTA 1/35 (28).....	72	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	84
<i>cyanocobalamin</i>	201	DASETTA 7/7/7.....	72	<i>dexamethasone sod phos (pf)</i>	85
CYCLINEX-1.....	167	DAURISMO.....	20	<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>	85
CYCLINEX-2.....	167	DAYHIST ALLERGY 12 HOUR		<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	154	RELIEF.....	123	.....	85, 116
<i>cyclophosphamide</i>	18	DAYSEE.....	72	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	160

<i>dextromethorphan hbr</i>	137	DIFFERIN.....	232	DROXIA.....	110
<i>dextromethorphan polistirex er</i>	137	DIFICID.....	57	<i>droxidopa</i>	64
<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>	137	<i>diflunisal</i>	35	<i>drxchoice gas relief</i>	94
<i>dextrose</i>	190	<i>difluprednate</i>	116	DRY EYE FORMULA.....	202
<i>dextrose in lactated ringers</i>	179	<i>digoxin</i>	64	<i>dry eye relief drops</i>	117
<i>dextrose-sodium chloride</i>	180	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	162	<i>dss</i>	98
<i>dhea</i>	66	DILANTIN.....	150	DULCOLAX.....	98, 99
DHEA 50.....	66	<i>diltiazem hcl</i>	62	DULCOLAX MILK OF MAGNESIA..	98
<i>diabetes health formula</i>	202	<i>diltiazem hcl er</i>	61, 62	DULCOLAX PINK LAXATIVE.....	98
<i>diabetic siltussin-dm</i>	137	<i>diltiazem hcl er beads</i>	61	DULCOLAX PINK STOOL	
DIABETIC TUSSIN ALLERGY.....	123	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	61	SOFTENER.....	98
DIABETIC TUSSIN DM.....	137	<i>dilt-xr</i>	62	DULCOLAX STOOL SOFTENER....	99
DIABETIC TUSSIN DM MAX ST...	137	<i>diphen</i>	123	DULERA.....	129
DIABETIC TUSSIN EX.....	137	<i>diphenhist</i>	123	<i>duloxetine hcl</i>	156
DIABETIDERM.....	243	<i>diphenhydramine hcl</i>	123	DUOCAL.....	167
DIABETIDERM FOOT		<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	123	DUPIXENT.....	28
REJUVENATING.....	243	<i>diphenhydramine-zinc acetate</i>	243	DURABASE.....	66
DIABETISOURCE AC.....	167	<i>diphenoxylate-atropine</i>	94	DURABASE ADVANCED.....	66
DIACOMIT.....	150	<i>dipyridamole</i>	114	DUREX EXTRA SENSITIVE THIN..	72
DIALYVITE.....	202	<i>disopyramide phosphate</i>	59	DUREX REALFEEL.....	72
DIALYVITE 3000.....	202	<i>disulfiram</i>	163	DUREX TROPICAL.....	72
DIALYVITE 5000.....	202	<i>divalproex sodium</i>	150, 151	<i>dutasteride</i>	108
DIALYVITE 800.....	202	<i>divalproex sodium er</i>	150	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	108
<i>dialyvite 800/ultra d</i>	202	DML FORTE.....	243	D-VI-SOL.....	202
DIALYVITE 800/ZINC.....	202	<i>docetaxel</i>	27	<i>d-vite pediatric</i>	202
DIALYVITE 800-ZINC 15.....	202	DOCIVYX.....	27	DYNA-HEX 4.....	243
DIALYVITE SUPREME D.....	202	<i>docqlace</i>	98	<i>e 1000</i>	202
DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	202	<i>docusate calcium</i>	98	E.E.S. 400.....	57
DIALYVITE/ZINC.....	202	<i>docusate mini</i>	98	<i>e200</i>	203
<i>diamode</i>	90	<i>docusate sodium</i>	98	<i>e-200</i>	203
<i>diarrhea</i>	90	DOCUSOL KIDS.....	98	<i>e400</i>	203
DIASCREEN 10.....	82	<i>dofetilide</i>	59	<i>e-400</i>	203
DIASCREEN 1B.....	82	DOK.....	98	<i>e-400-clear</i>	203
DIASCREEN 1G.....	82	DOLISHALE.....	72	<i>ear drops</i>	248
DIASCREEN 1K.....	82	DOMBORO.....	243	<i>ear drops earwax aid</i>	248
DIASCREEN 2GK.....	82	<i>dometuss-dmx</i>	137	<i>ear wax removal drops</i>	248
DIASCREEN 2GP.....	82	<i>donepezil hcl</i>	155	<i>ear wax removal kit</i>	248
DIASCREEN 3.....	82	DOPTLET.....	110	<i>ear wax removal system</i>	248
DIASCREEN 4NL.....	82	DOPTLET SPRINKLE.....	110	<i>earwax removal</i>	248
DIASCREEN 4OBL.....	82	<i>dorzolamide hcl</i>	115	<i>earwax removal kit</i>	248
DIASCREEN 4PH.....	82	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	115	<i>earwax treatment drops</i>	248
DIASCREEN 5.....	82	DOTTI.....	84	EASIVENT.....	130
DIASCREEN 6.....	82	<i>double antibiotic</i>	233	EASIVENT MASK LARGE.....	130
DIASCREEN 7.....	82	DOVATO.....	49	EASIVENT MASK MEDIUM.....	130
DIASCREEN 8.....	82	<i>doxazosin mesylate</i>	59	EASIVENT MASK SMALL.....	130
DIASCREEN 9.....	82	<i>doxepin hcl</i>	156, 161	EASY-C.....	203
<i>diascreen liquid urine control</i>	82	<i>doxorubicin hcl</i>	27	EASY-C IMMUNE HEALTH.....	203
DIATRUST COVID-19 HOME		<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	27	<i>easy-lax</i>	99
TEST.....	52	DOXY 100.....	58	<i>easy-lax plus</i>	99
<i>diazepam</i>	150, 162	<i>doxycycline hyclate</i>	58	<i>econazole nitrate</i>	236
DIAZEPAM INTENSOL.....	150	<i>doxycycline monohydrate</i>	58, 59	ECONTRA ONE-STEP.....	86
<i>diazoxide</i>	70	DPP DIPEPTIDE POWER.....	167	ECOTRIN.....	41
<i>diclofenac potassium</i>	35	DQZATE.....	98	ECOTRIN ARTHRTIS PAIN.....	41
<i>diclofenac sodium</i>	35, 116, 243	DRISDOL.....	202	ECOTRIN LOW STRENGTH.....	41
<i>diclofenac sodium er</i>	35	DRISTAN.....	137	<i>ed chlorped jr</i>	123
<i>dicloxacillin sodium</i>	58	DRIZALMA SPRINKLE.....	156	<i>ed-a-hist dm</i>	137
<i>dicyclomine hcl</i>	93	<i>dronabinol</i>	92, 93	<i>ed-apap</i>	41
<i>diethylpropion hcl</i>	85	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	72	EDURANT.....	48
<i>diethylpropion hcl er</i>	85	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	72	EDURANT PED.....	48

<i>efavirenz</i>	48	ENDUR-ACIN.....	203	ENTERADE IBS-D.....	168
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	49	ENDUR-C.....	203	ENTRESTO.....	63
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	49	<i>enema disposable</i>	99	ENU COMPLETE NUTRITION	
<i>effervescent antacid/pain rel</i>	41	<i>enema ready-to-use</i>	99	SHAKE.....	169
EGG/PRO.....	167	ENEMEEZ KIDS.....	99	ENU NUTRITIONAL SHAKE.....	169
ELDERTONIC.....	203	ENEMEEZ MINI.....	99	ENU PRO3 PLUS.....	169
ELECARE.....	167	ENEMEEZ PLUS.....	99	<i>enulose</i>	99
ELECARE DHA/ARA.....	167	<i>energy b12</i>	203	EO28 SPLASH.....	169
ELECARE DHA/ARA INFANT.....	167	ENFAMIL ENFALYTE.....	182	EPCLUSA.....	54
ELECARE JR.....	167	ENFAMIL EXPECTA.....	203	EPIDIOLEX.....	151
ELFOLATE.....	203	ENFAMIL POLY-VI-SOL-IRON.....	203	<i>epinephrine</i>	64, 130
ELFOLATE PLUS.....	203	ENGERIX-B.....	33	<i>eplerenone</i>	59
ELIGARD.....	18	ENILLORING.....	72	<i>epsom salt</i>	99
ELINEST.....	72	ENLIVE.....	168	<i>eq 12 hour mucus relief</i>	137
ELIQUIS.....	109	<i>enoxaparin sodium</i>	109	<i>eq 8hr arthritis pain relief</i>	41
ELIQUIS (1.5 MG PACK).....	109	ENSACOVE.....	20	<i>eq acetaminophen</i>	41
ELIQUIS (2 MG PACK).....	109	ENSKYCE.....	72	<i>eq all day allergy relief</i>	123
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK		ENSTILAR.....	238	<i>eq allerg relief child (cetir)</i>	123
.....	109	ENSURE.....	168	<i>eq allerg relief child (lorat)</i>	123
ELITE-OB.....	203	ENSURE ACTIVE.....	168	<i>eq allergy & congestion relief</i>	137
<i>ellume covid-19 home test</i>	52	ENSURE ACTIVE HEART		<i>eq allergy childrens</i>	123
ELON SKIN REPAIR SYSTEM.....	243	HEALTH.....	168	<i>eq allergy relief</i>	123, 137
ELURYNG.....	72	ENSURE ACTIVE HIGH PROTEIN		<i>eq allergy relief (cetirizine)</i>	123
EMERGEN-C APPLE CIDER		.....	168	<i>eq allergy relief childrens</i>	123
VINEGAR.....	203	ENSURE ACTIVE LIGHT.....	168	EQ ALLERGY RELIEF NASAL	
EMERGEN-C ASHWAGANDHA... ..	203	ENSURE BONE HEALTH		DECONG.....	137
EMERGEN-C ELDERBERRY.....	203	REVIGOR.....	168	<i>eq antacid</i>	88
EMERGEN-C IMMUNE PLUS/VIT		ENSURE CLEAR.....	168	<i>eq antacid maximum strength</i>	88
D.....	203	ENSURE CLINICAL ST REVIGOR	168	<i>eq anti-diarrheal</i>	90
<i>emergen-c immune+</i>	203	ENSURE COMPACT.....	168	<i>eq antifungal</i>	236
EMERGEN-C IMMUNE+		ENSURE COMPLETE.....	168	<i>eq arthritis pain</i>	41
ELDERBERRY.....	203	ENSURE COMPLETE SHAKE.....	168	<i>eq artificial tears</i>	117
EMERGEN-C KIDZ DAILY		ENSURE ENLIVE.....	168	<i>eq aspirin</i>	42
IMMUNE.....	203	ENSURE HEALTHY MOM.....	168	<i>eq aspirin adult low dose</i>	42
<i>emergen-c kidz immune+</i>	203	ENSURE HIGH CALCIUM.....	168	<i>eq aspirin low dose</i>	42
EMERGEN-C TURMERIC &		ENSURE HIGH PROTEIN.....	168	<i>eq athletes foot</i>	236
GINGER.....	203	ENSURE IMMUNE HEALTH.....	168	<i>eq athletes foot (terbinafine)</i>	236
EMERGEN-C VITAMIN C.....	203	ENSURE MAX PROTEIN.....	168	<i>eq athletes foot (tolnaftate)</i>	236
EMGALITY.....	162	ENSURE MUSCLE HEALTH		<i>eq athletes foot ultra</i>	236
EMGALITY (300 MG DOSE).....	162	REVIGOR.....	168	<i>eq bacitracin zinc</i>	233
EMOLIVAN.....	66	ENSURE NUTRA SHAKE HI-CAL.....	168	<i>eq calcium 500+d</i>	186
EMOLLIA-CREME.....	243	ENSURE NUTRITION SHAKE.....	168	<i>eq calcium 600+d</i>	186
<i>emollient base</i>	66	ENSURE ORIG THERAPEUTIC		<i>eq calcium 600+d+minerals</i>	186
EMSAM.....	156	NUTRI.....	168	<i>eq calcium citrate+d</i>	186
<i>emtricitabine</i>	48	ENSURE ORIGINAL.....	168	<i>eq calcium citrate+d3</i>	186
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	49, 50	ENSURE ORIGINAL/FIBER.....	168	<i>eq calcium citrate+d3 petites</i>	186
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df</i>	50	ENSURE PLANT-BASED		<i>eq cetirizine hcl</i>	123
EMTRIVA.....	48	PROTEIN.....	168	EQ CLEARLAX.....	99
EMVERM.....	52	ENSURE PLUS.....	168	<i>eq complete multivit adult 50+</i>	203
EMZAHH.....	72	ENSURE PLUS HIGH PROTEIN... ..	168	<i>eq complete multivitamin child</i>	203
<i>enalapril maleate</i>	65	ENSURE PLUS HN.....	168	<i>eq complete multivitamin-adult</i>	203
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	63	ENSURE PLUS WITH FIBER.....	168	<i>eq cough & chest congestion dm</i>	137
ENBREL.....	28	ENSURE PRE-SURGERY.....	168	<i>eq cough childrens</i>	137
ENBREL MINI.....	28	ENSURE SURGERY.....	168	<i>eq cough dm</i>	137
ENBREL SURECLICK.....	28	ENSURE SURGICAL NUTRITION	168	<i>eq d3 drops infants/childrens</i>	204
ENCALA.....	167	ENSURE/FIBER.....	168	<i>eq daily fiber</i>	99
ENCARE.....	107	<i>entacapone</i>	153	<i>eq ear wax removal aid</i>	248
<i>endit</i>	243	<i>entecavir</i>	54	<i>eq earwax removal aid</i>	248
ENDOCET.....	38	ENTERADE.....	169	<i>eq enema</i>	99

eq eye allergy relief.....	114	eq stomach relief.....	90, 91	eql iron supplement therapy.....	111
eq fiber therapy.....	99	eq stool softener.....	99	eql laxative.....	99
eq first aid antiseptic.....	243	eq stool softener extra str.....	99	eql laxative maximum strength.....	99
eq gas relief.....	94	eq stool softener/laxative.....	99	eql lice killing max st.....	240
eq gas relief extra strength.....	94	eq therapeutic dry skin.....	243	eql menstrual relief max st.....	42
eq gas relief ultra strength.....	94	eq therapeutic moisturizing.....	243	eql miconazole 3.....	107
eq gentle laxative.....	99	eq triple antibiotic.....	233	eql miconazole 7.....	107
eq ibuprofen.....	35	eq tussin dm max adult.....	138	eql moisturizing.....	243
eq ibuprofen childrens.....	35	eq tussin dm max daytime.....	138	eql mucus-dm.....	138
eq ibuprofen junior.....	35	eq vegetable laxative.....	99	eql nasal decongestant.....	138
eq infants gas relief.....	94	eq vision formula 50+.....	204	eql nasal decongestant pe.....	138
eq jock itch.....	236	eq weight loss shake.....	169	eql nasal spray 12 hour.....	138
eq laxative.....	99	eql acetaminophen.....	42	eql nasal spray fast acting.....	138
eq lidocaine pain relieving.....	243	eql acetaminophen childrens.....	42	eql nasal spray no drip.....	138
eq loperamide hcl.....	90	eql acetaminophen ex st.....	42	eql natural fiber.....	99
eq loratadine.....	124	eql all day allergy.....	124	eql natural zinc.....	186
eq loratadine childrens.....	123	eql all day allergy childrens.....	124	eql one daily adult gummies.....	204
eq lubricant eye drops.....	117	eql allergy.....	124	eql one daily mens.....	204
eq miconazole 1.....	107	eql allergy relief.....	124	eql one daily mens 50+ advance...	204
eq miconazole 3-day combo.....	107	eql allergy/congestion relief.....	138	eql one daily mens health.....	204
eq miconazole 7.....	107	eql antacid.....	88	eql one daily womens 50+ adv.....	204
eq mineral oil.....	99	eql anti-diarrheal.....	91	eql prenatal formula.....	204
EQ MUCUS ER.....	137	eql aspirin ec.....	42	eql ready-to-use enema.....	99
eq mucus relief.....	138	eql aspirin low dose.....	42	eql senna laxative.....	99
eq mucus relief 12 hour max st.....	137	eql athletes foot.....	236	eql senna-s.....	99
eq mucus relief congest/cough.....	137	eql athletes foot(terbinafine).....	236	eql slow release iron.....	111
eq mucus relief dm.....	137	eql b complex 50.....	204	eql smooth texture fiber.....	99
eq multi-symptom cold children.....	138	eql b-12.....	204	eql stomach relief.....	91
eq multivitamin gummies.....	204	eql b-6.....	204	eql stomach relief max st.....	91
eq multivitamins adult gummy.....	204	eql bacitracin zinc.....	233	eql stool softener.....	99
eq multivitamins gummy child.....	204	eql biotin.....	204	eql super b complex/vitamin c.....	204
eq nasal spray.....	138	eql calcium citrate/vitamin d.....	186	eql tussin cough/chest congest.....	138
eq nasal spray fast acting.....	138	eql calcium citrate/vitamin d3.....	186	eql tussin cough/chest dm max.....	138
eq natural vegetable laxative.....	99	eql calcium/vitamin d.....	186	eql vapor nasal decongestant.....	138
eq nicotine.....	163, 164	eql calcium/vitamin d3.....	186	eql vision formula.....	204
eq nicotine polacrilex.....	163	eql century.....	204	eql vitamin b-12.....	204
eq nicotine step 3.....	164	eql century mature.....	204	eql vitamin b-12 tr.....	204
eq nutritional shake.....	169	eql century mature adults 50+.....	204	eql vitamin c.....	204
eq nutritional shake plus.....	169	eql century mature men 50+.....	204	eql vitamin c drops.....	204
eq one daily mens 50+.....	204	eql century mature women 50+.....	204	eql vitamin c gummies.....	204
eq one daily mens health.....	204	eql century mens.....	204	eql vitamin c/rose hips.....	204
EQ ONE DAILY WOMENS 50+.....	204	eql century womens.....	204	eql vitamin d3.....	204
eq one daily womens health.....	204	eql child multivit/minerals.....	204	eql vitamin e.....	205
eq pain & fever childrens.....	42	eql childrens allergy.....	124	equacare jr.....	169
eq pain & fever infants.....	42	eql childrens ibuprofen.....	35	EQUALYTE.....	182
eq pain relief/rapid burst.....	42	EQL CLEARLAX.....	99	EQUATE.....	169
eq pain reliever.....	42	eql coq10.....	169	EQUATE PLUS.....	169
eq pain reliever ex st.....	42	eql cough dm.....	138	ergocalciferol.....	205
eq povidone-iodine.....	243	eql dry mouth oral rinse.....	231	ergotamine-caffeine.....	162
eq restore plus lubricant eye.....	117	eql ethyl alcohol (rubbing).....	66	ERIVEDGE.....	20
eq restore tears.....	117	eql fiber laxative.....	99	ERLEADA.....	19
eq senna-s.....	99	eql fiber therapy.....	99	erlotinib hcl.....	21
eq sinus & congestion max str.....	138	eql first aid antibiotic.....	233	ERRIN.....	72
eq sinus 12-hour.....	138	eql gas gone.....	94	ertapenem sodium.....	52
eq slow-release iron.....	111	eql gas relief.....	94	ery.....	232
eq space chamber anti-static.....	130	eql gentle laxative.....	99	ERYTHROCIN LACTOBIONATE....	57
eq space chamber anti-static l.....	130	eql gummies childrens.....	204	erythromycin.....	57, 115, 233
eq space chamber anti-static m.....	131	eql ibuprofen.....	35	erythromycin base.....	57
eq space chamber anti-static s.....	131	eql ibuprofen infants.....	35	erythromycin ethylsuccinate.....	57

<i>erythromycin lactobionate</i>	57	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	60	FIASP.....	78
ERZOFRI.....	158	FABRAZYME.....	82	FIASP FLEXTOUCH.....	78
<i>escitalopram oxalate</i>	156	<i>fagron ls plus</i>	66	FIASP PENFILL.....	78
<i>eslicarbazepine acetate</i>	151	<i>fagron natural</i>	66	FIASP PUMPCART.....	78
<i>esomeprazole magnesium</i>	97	<i>fagron supreme</i>	66	<i>fiber</i>	100
ESSENTIA.....	205	FALMINA.....	73	FIBER FLOW.....	169
<i>essential balance</i>	205	<i>famciclovir</i>	54	<i>fiber laxative</i>	100
ESSENTIAL CARE JR.....	169	<i>famotidine</i>	87	<i>fiber laxative + calcium</i>	100
ESTARYLLA.....	72	<i>famotidine (pf)</i>	87	FIBERCON.....	100
ESTER-C.....	205	<i>famotidine premixed</i>	87	<i>fiber-lax</i>	100
<i>estradiol</i>	84	FANAPT.....	158	FIBERSOURCE HN.....	169
<i>estradiol valerate</i>	84	FANAPT TITRATION PACK A.....	158	<i>fidaxomicin</i>	57
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	84	FANAPT TITRATION PACK B.....	158	<i>finasteride</i>	108
ESTROFACTORS.....	205	FANAPT TITRATION PACK C.....	158	FINAZOL.....	205
<i>eszopiclone</i>	161	FANTASY LUBRICATED.....	73	FINEST NUTRITION VITAMIN B-12.....	205
<i>ethambutol hcl</i>	49	FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE.....	73	<i>finest nutrition vitamin d3</i>	205
<i>ethosuximide</i>	151	FARXIGA.....	80	<i>ingolimod hcl</i>	154
<i>ethyl alcohol (rubbing)</i>	66	FASENRA.....	131	FINTEPLA.....	151
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	72	FASENRA PEN.....	131	FINZALA.....	73
<i>etodolac</i>	35, 36	<i>fastep covid-19 antigen test</i>	52	FIRMAGON.....	19
<i>etodolac er</i>	35	<i>fa-vitamin b-6-vitamin b-12</i>	205	FIRMAGON (240 MG DOSE).....	19
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	73	FC2 FEMALE CONDOM.....	73	<i>first aid antibiotic</i>	234
<i>etoposide</i>	27	FEIRZA 1.5/30.....	73	<i>first aid antiseptic</i>	244
<i>etravirine</i>	48	FEIRZA 1/20.....	73	FITALITE.....	66
<i>eucerin advanced repair</i>	243	<i>felbamate</i>	151	FITNESS TABS FOR MEN AM/PM.....	205
EUCERIN ADVANCED REPAIR HAND.....	244	<i>felodipine er</i>	62	FITNESS TABS FOR WOMEN AM/PM.....	205
EUCERIN CALMING DAILY MOIST.....	244	<i>fem-cal citrate</i>	186	FLAC.....	120
EUCERIN DAILY HYDRATION.....	244	FEMQUIL.....	205	<i>flavor plus</i>	66
EUCERIN PLUS.....	244	<i>fenofibrate</i>	60	FLEBOGAMMA DIF.....	31
EUCERIN REDNESS RELIEF NIGHT.....	244	<i>fenofibrate micronized</i>	60	<i>flecainide acetate</i>	59
EUCERIN ROUGHNESS RELIEF.....	244	<i>fentanyl</i>	37	FLEET ENEMA.....	100
EUCERIN SKIN CALMING.....	244	FEOSOL.....	111	FLEET LAXATIVE MINERAL OIL.....	100
EUCRISA.....	244	FERAHEME.....	111	FLEET STIMULANT.....	100
EULEXIN.....	19	FERATE.....	111	FLEET STOOL SOFTENER.....	100
EVAC.....	100	FERGON.....	111	<i>flex base</i>	66
EVAC-U-GEN.....	100	FER-IN-SOL.....	111	FLEXGEN.....	205
<i>everolimus</i>	21, 32	FEROSUL.....	111	FLEXICHAMBER.....	131
EVOTAZ.....	50	<i>ferotransic</i>	111	FLINTSTONES + EXTRA IRON.....	205
EXEL COMFORT POINT PEN.....	78	FERRALET 90.....	111	FLINTSTONES COMPLETE.....	205
NEEDLE.....	78	<i>ferrets</i>	111	FLINTSTONES GUMMIES COMPLETE.....	205
<i>exemestane</i>	19	FERREX 150.....	111	FLINTSTONES GUMMIES-IMMUNITY.....	205
EX-LAX MAXIMUM STRENGTH.....	100	FERRIMIN 150.....	111	FLINTSTONES PLUS EXTRA IRON.....	205
EX-LAX ULTRA.....	100	FERRLECIT.....	111	FLINTSTONES/MY FIRST SUPPORT.....	205
EXPEDITE.....	169	<i>ferrotabs</i>	111	FLORIVA PLUS.....	205
EXXUA.....	156	<i>ferrous fumarate</i>	111	FLORRAXYL.....	205
EXXUA TITRATION PACK.....	156	<i>ferrous gluconate</i>	111	FLOTREX.....	205
<i>eye allergy relief</i>	114	<i>ferrous sulfate</i>	111	FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST.....	52
<i>eye health</i>	205	<i>ferrous sulfate er</i>	111	<i>fluconazole</i>	50
<i>eye health + lutein</i>	205	<i>ferumoxytol</i>	111	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	50
<i>eye health areds 2</i>	205	<i>fesoterodine fumarate er</i>	106	<i>flucytosine</i>	50
<i>eye multivitamin/sodium</i>	205	FETZIMA.....	156		
EYE VITAMINS.....	205	FETZIMA TITRATION.....	156		
EYES ALIVE.....	117	FEVERALL CHILDRENS.....	42		
EYE-VITES.....	205	FEVERALL INFANTS.....	42		
EYSUVIS.....	117	FEVERALL JUNIOR STRENGTH.....	42		
<i>ezetimibe</i>	60	<i>fe-vite iron</i>	111		
		<i>fexofenadine hcl</i>	124		

<i>fludrocortisone acetate</i>	85	<i>ft all day allergy</i>	124	<i>ft epsom salt</i>	100
<i>flunisolide</i>	133	<i>ft all day allergy 24 hour</i>	124	<i>ft ethyl rubbing alcohol</i>	67
<i>fluocinolone acetonide</i>	120, 239	<i>ft all day allergy childrens</i>	124	<i>ft eye health</i>	206
<i>fluocinolone acetonide body</i>	239	<i>ft all day allergy relief</i>	124	<i>ft fiber</i>	100
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	239	<i>ft all day allergy-d</i>	138	<i>ft fiber laxative</i>	100
<i>fluocinonide</i>	239	<i>ft allergy childrens</i>	124	<i>ft fiber supplement</i>	100
<i>fluocinonide emulsified base</i>	239	<i>ft allergy d-12 hour</i>	138	<i>ft folic acid</i>	206
FLUORIDEX DAILY RENEWAL....	231	<i>ft allergy relief</i>	124	<i>ft gas relief</i>	94
<i>fluorometholone</i>	116	<i>ft allergy relief 12 hour</i>	124	<i>ft gas relief extra strength</i>	94
<i>fluorouracil</i>	26, 244	<i>ft allergy relief 24 hour</i>	124	<i>ft gas relief infants</i>	94
<i>fluoxetine hcl</i>	156	<i>ft allergy relief cetirizine</i>	124	<i>ft gas relief ultra strength</i>	94
<i>fluphenazine decanoate</i>	158	<i>ft allergy relief childrens</i>	124	<i>ft gentle laxative</i>	100
<i>fluphenazine hcl</i>	158	<i>ft allergy relief loratadine</i>	124	<i>ft hair skin & nails extra str</i>	206
<i>flurbiprofen</i>	36	<i>ft allergy relief-d</i>	138	<i>ft ibuprofen</i>	36
<i>flurbiprofen sodium</i>	116	<i>ft ammonium lactate</i>	244	<i>ft ibuprofen childrens</i>	36
<i>fluticasone propionate</i>	133, 239	<i>ft antacid & antigas</i>	88	<i>ft ibuprofen ib childrens</i>	36
<i>fluticasone-salmeterol</i>	129	<i>ft antacid regular strength</i>	88	<i>ft ibuprofen infants</i>	36
<i>fluvoxamine maleate</i>	154	<i>ft antibiotic</i>	234	<i>ft immune support</i>	206
<i>folate</i>	206	<i>ft anti-diarrheal</i>	91	<i>ft iron</i>	112
<i>folatexcel</i>	206	<i>ft antifungal</i>	236	<i>ft iron slow release</i>	112
<i>folawise</i>	206	<i>ft anti-itch extra strength</i>	244	<i>ft laxative</i>	100
<i>folbee</i>	206	<i>ft antiseptic skin cleanser</i>	244	<i>ft lice killing max st</i>	240
<i>folbee plus</i>	206	<i>ft arthritis pain reliever</i>	42	<i>ft lubricant eye drops</i>	117
FOLBIC.....	206	<i>ft aspirin</i>	42	<i>ft magnesium</i>	187
<i>folding paddle walker</i>	164	<i>ft aspirin low dose</i>	42	<i>ft magnesium oxide</i>	187
<i>folic acid</i>	206	<i>ft athletes foot (clotrimaz)</i>	236	<i>ft melatonin</i>	169
FOLITAB 500.....	111	<i>ft athletes foot (terbinafine)</i>	236	<i>ft miconazole 3 comb pack-supp</i> ...	107
FOLIVANE-F.....	111	<i>ft b-complex plus vitamin c</i>	206	<i>ft miconazole 3 combo pack</i>	107
FOLIVANE-PLUS.....	111	<i>ft biotin</i>	206	<i>ft miconazole 7</i>	107
<i>folplex 2.2</i>	206	<i>ft calamine</i>	244	<i>ft milk of magnesia</i>	100
FOLTABS 800.....	206	<i>ft calcium</i>	186	<i>ft mineral oil</i>	100
FOLTANX.....	206	<i>ft calcium + vitamin d3</i>	186	<i>ft mucus relief 12hr</i>	138
<i>foltrin</i>	112	<i>ft calcium 600+vit d3/minerals</i>	186	<i>ft mucus relief 12hr max str</i>	138
<i>fondaparinux sodium</i>	109	<i>ft calcium citrate +vitamin d3</i>	186	<i>ft mucus relief dm</i>	138
<i>formaldehyde</i>	244	FT CALCIUM CITRATE/VIT D3....	186	<i>ft nasal decongestant max str</i> 138,	139
FORTA DRINK.....	169	<i>ft calcium citrate+d3 petites</i>	186	<i>ft nasal decongestant pe</i>	139
FORTA SHAKE.....	169	FT CALCIUM/VITAMIN D3.....	186	<i>ft nasal spray</i>	139
<i>fosamprenavir calcium</i>	48	FT CALCIUM+D3.....	186	<i>ft nicotine</i>	164
<i>fosfomycin tromethamine</i>	52	<i>ft calcium-magnesium-zinc-d3</i>	186	<i>ft nicotine mini</i>	164
<i>fosinopril sodium</i>	65	<i>ft century 50+</i>	206	<i>ft one daily mens</i>	206
<i>fosinopril sodium-hctz</i>	63	<i>ft century adults</i>	206	<i>ft one daily mens 50+</i>	206
FOTIVDA.....	21	<i>ft century men</i>	206	<i>ft one daily womens</i>	206
<i>fraiche 5000 dental</i>	231	<i>ft century men 50+</i>	206	<i>ft one daily womens 50+</i>	206
<i>freedavite</i>	206	<i>ft century women</i>	206	<i>ft pain & fever childrens</i>	42
<i>freedom adaptaderm</i>	66	<i>ft century women 50+</i>	206	<i>ft pain & fever infants</i>	42
<i>freedom derma serum</i>	66	<i>ft childrens multi</i>	206	<i>ft pain relief</i>	36, 42
FREEDOM DERMA-D.....	66	<i>ft childrens multi plus immune</i>	206	<i>ft pain relief adult extra st</i>	42
FREEDOM DERMA-N.....	67	<i>ft children's pain/fever</i>	42	<i>ft pain relief extra strength</i>	42
FRINDOVYX.....	18	<i>ft clearlax</i>	100	<i>ft pain relief max strength</i>	244
<i>fruit c</i>	206	<i>ft clotrimazole</i>	107	<i>ft pain reliever adults</i>	43
<i>fruit c 500</i>	206	<i>ft clotrimazole 3</i>	107	<i>ft pain reliever children</i>	43
<i>fruity c</i>	206	<i>ft co q-10</i>	169	<i>ft pain reliever ex str adult</i>	43
<i>fruity chews</i>	206	<i>ft co q-10 rapid release</i>	169	<i>ft phenolated calamine</i>	244
<i>fruity chews/iron</i>	206	<i>ft double antibiotic</i>	234	<i>ft povidone-iodine</i>	244
FRUZAQLA.....	21	<i>ft earwax removal</i>	248	<i>ft prenatal</i>	207
<i>ft 12 hour cough relief</i>	138	<i>ft earwax removal kit</i>	248	<i>ft rapid release pain relief</i>	43
<i>ft 7 day vaginal</i>	107	<i>ft electrolyte</i>	182	<i>ft senna laxative</i>	100
<i>ft 8 hour pain relief</i>	42	<i>ft enema</i>	100	<i>ft senna laxatives</i>	100
<i>ft adult multi gummies</i>	206	<i>ft enteric coated aspirin</i>	42	<i>ft senna-s</i>	100

<i>ft stomach relief</i>	91	<i>gavilax</i>	100	GILTUSS HONEY CGH/CHEST	
<i>ft stool softener</i>	100	GAVILYTE-C.....	100	CONGES.....	139
<i>ft triple antibiotic</i>	234	GAVILYTE-G.....	100	GILTUSS HONEY CGH/CHST	
<i>ft triple antibiotic + pain</i>	234	GAVILYTE-N WITH FLAVOR		CHILD.....	139
<i>ft tussin adult</i>	139	PACK.....	101	GILTUSS SEVERE SINUS.....	139
<i>ft tussin cf adult</i>	139	GAVRETO.....	21	GILTUSS SINUS & CONGESTION	
<i>ft tussin dm</i>	139	<i>gcon dmx</i>	139	.....	139
<i>ft tussin dm adult</i>	139	<i>gcon ir</i>	139	<i>glatiramer acetate</i>	154
<i>ft tussin dm max adult</i>	139	<i>gefitinib</i>	21	GLATOPA.....	154
<i>ft vapor inhaler</i>	139	GELATEIN MCT.....	169	GLEOSTINE.....	18
<i>ft vitamin a</i>	207	GELUSIL.....	88	<i>glimepiride</i>	80
<i>ft vitamin b-1</i>	207	<i>gemcitabine hcl</i>	26	<i>glipizide</i>	80
<i>ft vitamin b-12</i>	207	<i>gemfibrozil</i>	60	<i>glipizide er</i>	80
<i>ft vitamin b-12 extra strength</i>	207	GEMTESA.....	106	<i>glipizide-metformin hcl</i>	80
<i>ft vitamin b-12 pr</i>	207	GENABIO COVID-19 RAPID TEST.....	52	<i>global alcohol prep ease</i>	78
<i>ft vitamin b-6</i>	207	<i>genadek step 1</i>	207	GLUCERNA.....	169
<i>ft vitamin c</i>	207	<i>genadek step 2</i>	207	GLUCERNA 1.0 CAL.....	169
<i>ft vitamin c/rose hips</i>	207	<i>generlac</i>	101	GLUCERNA 1.0	
<i>ft vitamin d3</i>	207	GENGRAF.....	32	CAL/CARBSTEADY.....	169
<i>ft vitamin d3 rapid release</i>	207	GENOTROPIN.....	82	GLUCERNA 1.0 CAL/FIBER.....	169
<i>ft vitamin e</i>	207	GENOTROPIN MINIQUICK.....	82	GLUCERNA 1.2 CAL.....	169
<i>ft zinc chelated</i>	187	<i>gentamicin in saline</i>	52	GLUCERNA 1.5 CAL.....	169
<i>full spectrum b/vitamin c</i>	207	<i>gentamicin sulfate</i>	52, 115, 234	GLUCERNA 1.5	
FULPHILA.....	110	GENTEAL SEVERE.....	117	CAL/CARBSTEADY.....	169
<i>fulvestrant</i>	19	GENTEAL TEARS.....	117	GLUCERNA ADVANCE SHAKE...	169
<i>fungi-guard</i>	236	GENTEAL TEARS MODERATE PF		GLUCERNA CARBSTEADY.....	169
FUNGOID TINCTURE.....	236	.....	117	GLUCERNA HUNGER SMART	
<i>furosemide</i>	63, 64	GENTEAL TEARS PF.....	117	SHAKE.....	169
FUSION.....	112	GENTEAL TEARS SEVERE		GLUCERNA OS.....	170
FUSION PLUS.....	112	DAY/NIGHT.....	117	GLUCERNA SELECT.....	170
FYAVOLV.....	84	<i>gentle laxative</i>	101	GLUCERNA SHAKE.....	170
FYCOMPA.....	151	<i>genuine aspirin</i>	43	GLUCERNA SNACK SHAKE.....	170
<i>g tussin ac</i>	139	GENVOYA.....	50	GLUCERNA WEIGHT LOSS	
GA.....	169	<i>geri-dryl</i>	124	SHAKE.....	170
GA-1 ANAMIX EARLY YEARS.....	169	<i>geri-freeda senior formula</i>	207	GLUCO TO GO 15.....	70
<i>gabapentin</i>	151, 162	<i>geri-kot</i>	101	<i>glucose</i>	70
<i>galantamine hydrobromide</i>	155	<i>geri-lanta</i>	89	<i>glutamine</i>	170
<i>galantamine hydrobromide er</i>	155	<i>geri-lanta maximum strength</i>	88	GLUTAREX-1.....	170
GALBRIELA.....	73	<i>geri-mox</i>	89	GLUTAREX-2.....	170
GALLIFREY.....	86	<i>geri-mox maximum strength</i>	89	GLUTOSE 5.....	70
GAMASTAN.....	31	<i>geri-mucil</i>	101	<i>glycerin (adult)</i>	101
GAMMAGARD.....	31	GERITOL COMPLETE.....	207	<i>glycerin (child)</i>	101
GAMMAGARD ERC.....	31	GERITOL NUTRITION SUPPORT.....	207	<i>glycerin (infants & children)</i>	101
GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	31	<i>geri-tussin</i>	139	<i>glycerin (pediatric)</i>	101
GAMMAKED.....	31	<i>geri-tussin dm</i>	139	<i>glycerin adult</i>	101
GAMMAPLEX.....	31	<i>gerivite complete</i>	207	<i>glycerin childrens</i>	101
GAMUNEX-C.....	31	GILOTRIF.....	21	GLYCOLAX.....	101
<i>ganciclovir sodium</i>	54	GILTUSS COUGH & CHEST.....	139	<i>glycopyrrolate</i>	93
GARDASIL 9.....	33	GILTUSS COUGH & CHEST		GLYCOTROL.....	207
<i>gas relief</i>	94	CHILDREN.....	139	GLYCOTROL COMPLETE.....	207
<i>gas relief extra strength</i>	94	GILTUSS COUGH & COLD.....	139	GLYDO.....	233
<i>gas relief infants</i>	94	GILTUSS COUGH & COLD		GLYTACTIN BETTERMILK.....	170
<i>gas relief ultra strength</i>	94	CHILDRENS.....	139	GLYTACTIN RESTORE 10.....	170
GAS-X EXTRA STRENGTH.....	94	GILTUSS DIABETIC COUGH &		GLYTACTIN RESTORE LITE 10...	170
GAS-X INFANT DROPS.....	94	COLD.....	139	GLYTACTIN RTD 10.....	170
GAS-X MAXIMUM STRENGTH.....	94	GILTUSS EX EXPECTORANT		GLYTACTIN RTD 15.....	170
GAS-X ULTRA STRENGTH.....	94	CHILD.....	139	GLYTACTIN RTD LITE 15.....	170
<i>gatifloxacin</i>	115	GILTUSS EX MAXIMUM		GLYTROL PREBIO1.....	170
GATTEX.....	94	STRENGTH.....	139	GLYXAMBI.....	80

gnp 8 hour arthritis relief.....	43	gnp cough dm er.....	140	gnp natural fiber.....	101
gnp 8 hour pain relief.....	43	gnp cough relief childrens.....	140	gnp nicotine.....	164
gnp 8 hour pain reliever.....	43	gnp d 1000.....	208	gnp nicotine mini.....	164
gnp acetaminophen.....	43	gnp d3.....	208	gnp nicotine polacrilex.....	164
gnp adapalene.....	233	gnp earwax removal drops.....	248	gnp no drip nasal spray.....	140
gnp adult aspirin low strength.....	43	gnp earwax removal kit.....	248	gnp one daily maximum.....	208
gnp adult mini.....	207	gnp electrolyte solution.....	182	gnp one daily mens health 50+.....	208
gnp alcohol denatured.....	67	gnp epsom salt.....	101	gnp one daily mens/lycopene.....	208
gnp all day allergy.....	124	gnp essential one daily.....	208	gnp one daily womens.....	208
gnp all day allergy childrens.....	124	gnp ethyl rubbing alcohol.....	67	gnp one daily womens 50+.....	208
gnp all day allergy-d.....	139	gnp eye drops.....	118	gnp pain & fever childrens.....	43
gnp allergy.....	124	gnp eye drops long lasting.....	118	gnp pain & fever infants.....	43
gnp allergy & congestion.....	140	gnp fexofenadine hcl.....	124	gnp pain relief.....	43
gnp allergy relief.....	124	gnp fiber.....	101	gnp pain relief extra strength.....	43
gnp allergy relief 24 hr.....	124	gnp fiber-caps.....	101	gnp pain relief nighttime.....	164
gnp allergy relief max st.....	124	gnp folic acid.....	208	gnp petroleum jelly.....	67
gnp allergy/congestion relief.....	140	gnp gas relief.....	95	gnp pink bismuth.....	91
gnp antacid.....	89	gnp gas relief extra strength.....	95	gnp pink bismuth ultra str.....	91
gnp antacid & anti-gas.....	89	gnp gentle laxative.....	101	gnp povidone-iodine.....	244
gnp antacid regular strength.....	89	gnp glycerin (adult).....	101	gnp prenatal.....	208
gnp antibacterial urinary pain.....	52	gnp glycerin child.....	101	gnp prenatal/folic acid.....	208
gnp anti-diarrheal.....	91	gnp hair/skin/nails.....	208	gnp rubbing alcohol.....	67
gnp anti-gas.....	94	gnp healthy eyes.....	208	gnp senna lax.....	101
gnp anti-itch.....	244	gnp healthy eyes supervision 2.....	208	gnp senna plus.....	101
gnp antiseptic skin cleanser.....	244	gnp ibuprofen.....	36	gnp sinus wash neti pot.....	131
gnp artificial tears.....	118	gnp ibuprofen childrens.....	36	gnp sinus wash refill.....	131
gnp aspirin.....	43	gnp ibuprofen infants.....	36	gnp squeeze bottle sinus relie.....	131
gnp aspirin low dose.....	43	gnp immune support.....	208	gnp stomach relief.....	91
gnp athletes foot.....	236	gnp infant gas relief.....	95	gnp stool softener.....	101
gnp b-12.....	207	gnp infants pain/fever.....	43	gnp stool softener/laxative.....	101
gnp bacitracin zinc.....	234	gnp iron.....	112	gnp terbinafine hydrochloride.....	236
gnp biotin.....	207	gnp lice killing.....	240	gnp therapeutic-m.....	208
gnp cal mag zinc +d3.....	187	gnp lice treatment.....	240	gnp tolnaftate.....	237
gnp calamine.....	244	gnp lidocaine pain relief.....	244	gnp triple antibiotic.....	234
gnp calamine phenolated.....	244	gnp little ones childrens.....	208	gnp triple antibiotic plus.....	234
gnp calcium.....	187	gnp loperamide hcl.....	91	gnp tussin adult.....	140
gnp calcium 500 +d3.....	187	gnp loratadine.....	124	gnp tussin cf cough & cold.....	140
gnp calcium 600 +d.....	187	gnp loratadine childrens.....	124	gnp tussin dm.....	140
gnp calcium 600 +d/minerals.....	187	gnp loratadine-d 12hr.....	140	gnp tussin dm max.....	140
gnp calcium 600 +d3.....	187	gnp lubricant eye drops (pf).....	118	gnp vitamin a.....	208
gnp calcium citrate +d3.....	187	gnp magnesium oxide.....	89, 187	gnp vitamin b-1.....	208
gnp calcium citrate+d3 petites.....	187	gnp mega multi for men.....	208	gnp vitamin b-12.....	208
gnp century adult.....	207	gnp mega multi for women.....	208	gnp vitamin b-6.....	208
gnp century adult formula.....	207	gnp melatonin.....	170	gnp vitamin c.....	208
gnp century adults men.....	207	gnp melatonin maximum strength.....	170	gnp vitamin c drops.....	208
gnp century adults women.....	207	gnp miconazole 1.....	107	gnp vitamin c w/rose hips.....	208
gnp century mature adults 50+.....	207	gnp miconazole 3.....	107	gnp vitamin c/rose hips.....	208
gnp century mature men's 50+.....	207	gnp miconazole 7.....	107	gnp vitamin d.....	209
gnp century mature women's 50+.....	207	gnp miconazorb af.....	236	gnp vitamin d maximum strength.....	208
gnp childrens allergy.....	124	gnp milk of magnesia.....	101	gnp vitamin d super strength.....	209
gnp childrens chewables/ex c.....	208	gnp mineral oil.....	101	gnp vitamin d3.....	209
gnp childrens chewables/iron.....	208	gnp mucus dm.....	140	gnp vitamin d3 extra strength.....	209
gnp childrens ibuprofen.....	36	gnp mucus er.....	140	gnp vitamin d-400.....	209
gnp children's pain & fever.....	43	gnp multi childrens.....	208	gnp vitamin e.....	209
gnp childrens/extra c.....	208	gnp nasal decongestant.....	140	gnp vitamin health b12.....	209
GNP CLEARLAX.....	101	gnp nasal decongestant pe.....	140	gnp womens gentle laxative.....	101
gnp clotrimazole 3.....	107	gnp nasal four spray.....	140	gnp zinc chelated.....	187
gnp co q10.....	170	gnp nasal spray.....	140	gnp zinc oxide.....	244
gnp co q-10.....	170	gnp nasal spray fast acting.....	140		

GOLD BOND CREPE		<i>goodsense mucus/congest/cough</i>	140	<i>hair skin & nails advanced</i>	209
CORRECTOR.....	244	<i>goodsense nicotine</i>	164	<i>hair skin and nails formula</i>	209
GOLD BOND DIABETICS DRY		<i>goodsense nutrisure original</i>	170	<i>hair skin nails</i>	209
SKIN.....	244	<i>goodsense nutrisure plus</i>	170	<i>hair/skin/nails</i>	209
GOLD BOND ESSENTIALS MENS		<i>goodsense oral pain relief</i>	231	<i>halobetasol propionate</i>	239
.....	244	<i>goodsense pain & fever child</i>	43	<i>haloperidol</i>	158
GOLD BOND HEALING HAND.....	244	<i>goodsense pain & fever infants</i>	43	<i>haloperidol decanoate</i>	158
GOLD BOND RADIANCE		<i>goodsense pain relief</i>	43	<i>haloperidol lactate</i>	158
RENEWAL.....	244	<i>goodsense pain relief extra st</i>	43	HARD NAILS.....	209
GOLD BOND ULT		<i>goodsense petroleum jelly</i>	67	HAVRIX.....	33
ROUGH/BUMPY SKIN.....	244	<i>goodsense psyllium fiber</i>	102	HCU ANAMIX EARLY YEARS.....	170
GOLD BOND ULTIMATE		<i>goodsense senna laxative</i>	102	HCU ANAMIX NEXT.....	170
HEALING.....	245	<i>goodsense stimulant lax plus</i>	102	HCU COOLER.....	170
GOLD BOND ULTIMATE		<i>goodsense stomach relief</i>	91	HCU COOLER15.....	170
SOOTHING.....	245	<i>goodsense stool softener</i>	102	HCU LOPHLEX LQ.....	170
GOMEKLI.....	21	<i>goodsense tussin cf</i>	140	HCU MAXAMUM.....	170
<i>goodsense advanced antacid</i>	89	<i>goodsense tussin dm</i>	140	HCY 1.....	170
<i>goodsense all day allergy</i>	124, 125	<i>goodsense tussin dm max</i>	140	HCY 2.....	170
<i>goodsense all day allergy-d</i>	140	<i>goodsense ultra lubricant drop</i>	118	<i>head care proactive health</i>	209
<i>goodsense aller-ease</i>	125	<i>goodsense vapor</i>	140	HEALTH SOURCE.....	170
<i>goodsense allergy relief</i>	125	GOTOKNOW COVID-19 ANTIGEN		HEALTHWISE PAIN RELIEF.....	245
<i>goodsense allergy relief child</i>	125	RAPI.....	52	HEALTHY ACCENTS NUTRA FIT	
<i>goodsense antacid</i>	89	<i>granisetron hcl</i>	93	PLUS.....	170
<i>goodsense antacid & gas relief</i>	89	<i>griseofulvin microsize</i>	50	<i>healthy eyes</i>	209
<i>goodsense anti-diarrheal</i>	91	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	50	<i>healthy eyes supervision 2</i>	209
<i>goodsense arthritis pain</i>	43	<i>growing bones & muscles kids</i>	209	<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin</i>	209
<i>goodsense artificial tears</i>	118	<i>g-supress dx pediatric</i>	141	<i>healthy hair/skin/nails</i>	209
<i>goodsense aspirin</i>	43	G-TRON PED.....	141	HEALTHY MAMA SHAKE THAT	
<i>goodsense aspirin low dose</i>	43	G-TRON PEDIATRIC DROPS.....	141	ACHE.....	43
<i>goodsense athletes foot</i>	237	G-TUSICOF.....	141	HEALTHY MAMA TAME THE	
<i>goodsense bisacodyl laxative</i>	101	<i>guaiasorb dm</i>	141	FLAME.....	89
GOODSENSE CLEARLAX.....	101	<i>guaiaitussin ac</i>	141	HEALTHYLAX.....	102
<i>goodsense cough dm</i>	140	<i>guaifed</i>	141	<i>heart savior</i>	209
<i>goodsense cough dm childrens</i>	140	<i>guaifed-dm</i>	141	<i>heartland gas relief</i>	95
<i>goodsense ear wax kit</i>	248	<i>guaifenesin</i>	141	HEATHER.....	73
<i>goodsense ear wax removal</i>	248	<i>guaifenesin dm</i>	141	<i>h-e-b aspirin</i>	43
<i>goodsense electrolyte</i>	182	<i>guaifenesin er</i>	141	<i>h-e-b childrens allergy</i>	125
<i>goodsense electrolyte adv care</i>	182	<i>guaifenesin-codeine</i>	141	<i>h-e-b oral electrolyte</i>	182
<i>goodsense enema</i>	101	<i>guaifenesin-dm</i>	141	HEMATEX.....	112
<i>goodsense epsom salt</i>	101	<i>guanfacine hcl</i>	64	<i>hematinic/folic acid</i>	112
<i>goodsense fiber laxative</i>	102	<i>guanfacine hcl er</i>	161	HEMATOGEN.....	112
<i>goodsense first aid antibiotic</i>	234	GUMMI BEAR		HEMATOGEN FA.....	112
<i>goodsense gas relief</i>	95	MULTIVITAMIN/MIN.....	209	HEMATOGEN FORTE.....	112
<i>goodsense gas relief extra st</i>	95	GVOKE HYOPEN 1-PACK.....	70	HEMATOGEN PLUS.....	112
<i>goodsense ibuprofen</i>	36	GVOKE HYOPEN 2-PACK.....	70	<i>heparin (porcine) in nacl</i>	109
<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	36	GVOKE KIT.....	70	<i>heparin sodium (porcine)</i>	109
<i>goodsense ibuprofen infants</i>	36	GVOKE PFS.....	70	<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	109
GOODSENSE IRON.....	112	GYNAZOLE-1.....	107	HEPLISAV-B.....	33
<i>goodsense laxative pills</i>	102	G-ZYNCOF.....	141	HERBAL EXPEC.....	141
<i>goodsense lice killing</i>	240	HABITROL.....	164	HERCEPTIN.....	21
<i>goodsense lice killing max str</i>	240	HADLIMA.....	28	HERCEPTIN HYLECTA.....	21
<i>goodsense loratadine</i>	125	HADLIMA PUSHTOUCH.....	28	HERCESSI.....	21
<i>goodsense lubricating plus pf</i>	118	HAEGARDA.....	110	HERNEXEOS.....	21
<i>goodsense menstrual relief</i>	43	<i>haelan 951 fermented soy</i>	170	HERZUMA.....	21
<i>goodsense milk of magnesia</i>	102	<i>haelan htpi fermented soy</i>	170	<i>hi c-500</i>	209
<i>goodsense mineral oil</i>	102	HAILEY 1.5/30.....	73	HIBERIX.....	33
<i>goodsense mucus er</i>	140	HAILEY 24 FE.....	73	HIBICLENS.....	245
<i>goodsense mucus er maximum str</i>	140	HAILEY FE 1/20.....	73	HI-CAL.....	170
<i>goodsense mucus relief child</i>	140	<i>hair skin & nails</i>	209		

<i>high absorption magnesium</i>	187	<i>ibuprofen</i>	36	INTEGRA.....	112
<i>high potency e</i>	209	<i>ibuprofen 100 junior strength</i>	36	INTEGRA F.....	112
<i>high potency iron</i>	112	<i>ibuprofen childrens</i>	36	INTEGRA PLUS.....	112
<i>high potency multivitamin</i>	209	<i>ibuprofen infants</i>	36	INTELENCE.....	48
<i>high-protein nutritional shake</i>	170	<i>ibuprofen junior strength</i>	36	INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST.....	52
<i>hi-kovite 2-part formula</i>	209	ICAPS.....	209	<i>intense cough reliever</i>	141
<i>hm enema</i>	102	ICAPS AREDS FORMULA.....	209	<i>intense toothache pain relief</i>	231
<i>hm mucus relief er max st</i>	141	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	209	INTRALIPID.....	190
<i>hm petroleum jelly</i>	67	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN.....	209	INTROLITE.....	171
HOM 2.....	170	ICAPS MV.....	209	INTROVALE.....	73
HOMACTIN AA PLUS.....	171	ICAR.....	112	<i>inulose blood sugar support</i>	210
HOMINEX-1.....	171	<i>icatibant acetate</i>	110	INVEGA HAFYERA.....	158
HOMINEX-2.....	171	ICLEVIA.....	73	INVEGA SUSTENNA.....	159
HONEY BEARS W/IRON-ZINC.....	209	ICLUSIG.....	21	INVEGA TRINZA.....	159
HUMIRA (2 PEN).....	28	IDHIFA.....	21	IPOL.....	33
HUMIRA (2 SYRINGE).....	28	IFEREX 150.....	112	<i>ipratropium bromide</i>	120
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	29	<i>igualtuss</i>	141	<i>ipratropium bromide hfa</i>	120
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER.....	29	IHEALTH COVID-19 RAPID TEST.....	52	<i>ipratropium-albuterol</i>	129
HUMULIN N.....	78	<i>imatinib mesylate</i>	21	<i>irbesartan</i>	59
HUMULIN R.....	78	IMBRUVICA.....	21	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	63
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	78	<i>imipenem-cilastatin</i>	52	<i>irinotecan hcl</i>	27
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	78	<i>imipramine hcl</i>	156	IROFOL.....	112
HURRICAIN.....	231	<i>imiquimod</i>	245	<i>iron</i>	112
HYCODAN.....	141	<i>imkeldi</i>	21	<i>iron (ferrous sulfate)</i>	112
<i>hydralazine hcl</i>	64	IMMULIFE.....	171	<i>iron 27</i>	112
HYDRALYTE.....	182	IMMUNE ESSENTIALS DAILY.....	209	<i>iron chews pediatric</i>	112
HYDRALYTE FREEZER POPS.....	182	<i>immune support</i>	210	<i>iron complex</i>	112
HYDRASYN25.....	245	IMMUNERX.....	210	<i>iron folate plus</i>	112
<i>hydrochloric acid</i>	67	<i>immunicare</i>	210	<i>iron high-potency</i>	112
<i>hydrochlorothiazide</i>	64	IMODIUM A-D.....	91	<i>iron infant & toddler</i>	112
HYDROCIL.....	102	IMOVAX RABIES.....	33	<i>iron infant/toddler</i>	112
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	141	IMPACT.....	171	<i>iron slow release</i>	112
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	37	IMPACT ADVANCED RECOVERY.....	171	<i>iron sucrose</i>	112
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	141	IMPAVIDO.....	52	<i>iron supplement</i>	113
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	38	INATAL GT.....	210	IRON UP.....	113
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	38	INBRIJA.....	153	<i>iron-vitamin c</i>	113
<i>hydrocortisone</i>	85, 96, 239	INCASSIA.....	73	IS-D 10,000.....	210
<i>hydrocortisone (perianal)</i>	245	INCRELEX.....	82	ISENTRESS.....	48
<i>hydrocortisone sod suc (pf)</i>	85	INCRUSE ELLIPTA.....	120	ISENTRESS HD.....	48
<i>hydrocortisone valerate</i>	239	<i>indapamide</i>	64	ISIBLOOM.....	73
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	120	INDICAID COVID-19 RAPID TEST.....	52	ISOLYTE-P IN D5W.....	180
<i>hydromet</i>	141	INFANRIX.....	33	ISOLYTE-S PH 7.4.....	180
<i>hydromorphone hcl</i>	38	<i>infants advil</i>	36	<i>isoniazid</i>	49
<i>hydrous emulsified base</i>	67	<i>infants gas relief</i>	95	<i>isosorbide dinitrate</i>	65
<i>hydroxocobalamin acetate</i>	209	<i>infants ibuprofen</i>	36	<i>isosorbide mononitrate er</i>	65
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	30	<i>infants pain & fever</i>	44	ISOSOURCE 1.5 CAL.....	171
<i>hydroxyurea</i>	27	INFED.....	112	ISOSOURCE HN.....	171
<i>hydroxyzine hcl</i>	125	INFLAMEX.....	210	<i>isotretinoin</i>	233
<i>hydroxyzine pamoate</i>	125	<i>infiximab</i>	29	<i>isradipine</i>	62
HYPERSAL.....	141	INFUVITE ADULT.....	210	IS-ZC 50.....	187
HYRNUO.....	21	INFUVITE PEDIATRIC.....	210	<i>itch relief extra strength</i>	245
HYVEE ADVANCED ANTACID.....	89	INJECTAFER.....	112	ITOVEBI.....	22
HYVEE IBUPROFEN CHILDRENS.....	36	INLURIYO.....	19	<i>itraconazole</i>	50
<i>ibandronate sodium</i>	86	INLYTA.....	21	IVA ANAMIX EARLY YEARS.....	171
IBRANCE.....	21	INNOVACIN.....	171	IVA ANAMIX NEXT.....	171
IBTROZI.....	21	INQOVI.....	26	IVA MAXAMUM.....	171
IBU.....	36	INREBIC.....	21	<i>ivabradine hcl</i>	64
		INSPIREASE.....	131	I-VALEX-1.....	171
		<i>instant oral pain relief max</i>	231		

I-VALEX-2.....	171	KATE FARMS PED PEPTIDE 1.0.....	171	KINRIX.....	33
<i>ivermectin</i>	52	KATE FARMS PED PEPTIDE 1.5.....	171	KIONEX.....	70
<i>i-vite</i>	210	KATE FARMS PED STANDARD		KISQALI (200 MG DOSE).....	22
IWILFIN.....	27	1.2.....	171	KISQALI (400 MG DOSE).....	22
IXIARO.....	33	KATE FARMS PEPTIDE 1.0.....	171	KISQALI (600 MG DOSE).....	22
J & J BURN CREAM.....	245	KATE FARMS PEPTIDE 1.5.....	172	KISQALI FEMARA (400 MG	
JAIMIESS.....	73	KATE FARMS RENAL SUPPORT		DOSE).....	22
JAKAFI.....	22	1.8.....	172	KISQALI FEMARA (600 MG	
JANTOVEN.....	109	KATE FARMS STANDARD 1.0.....	172	DOSE).....	22
JANUMET.....	80	KATE FARMS STANDARD 1.4.....	172	KLAYESTA.....	237
JANUMET XR.....	80	<i>kcl (0.149%) in nacl</i>	180	KLOR-CON.....	181
JANUVIA.....	80	<i>kcl (0.298%) in nacl</i>	180	KLOR-CON 10.....	181
JARDIANCE.....	80	<i>kcl in dextrose-nacl</i>	180	KLOR-CON M10.....	181
JASMIEL.....	73	KELNOR 1/35.....	73	KLOR-CON M15.....	181
JAVYGTOR.....	82, 83	KERADAN.....	245	KLOR-CON M20.....	181
JAYPIRCA.....	22	KERENDIA.....	59	KLOXXADO.....	164
JENCYCLA.....	73	KESIMPTA.....	154	<i>kls acetaminophen ex st</i>	44
JENTADUETO.....	80	<i>keto</i>	172	KLS ALLERCLEAR.....	125
JENTADUETO XR.....	80	KETOCAL 2.5/1 LQ MULTI FIBER.....	172	KLS ALLERCLEAR D-12HR.....	141
JEVITY 1 CAL.....	171	KETOCAL 3/1.....	172	KLS ALLERCLEAR D-24HR.....	141
JEVITY 1 CAL/FIBER.....	171	KETOCAL 4/1.....	172	KLS ALLER-FEX.....	125
JEVITY 1.2 CAL.....	171	KETOCAL 4/1 LQ MULTI FIBER.....	172	<i>kls allergy medicine</i>	125
JEVITY 1.2 CAL/FIBER.....	171	KETOCAL 4/1 LQ MULTI-FIBER.....	172	KLS ALLER-TEC.....	125
JEVITY 1.5 CAL/FIBER.....	171	<i>ketoconazole</i>	50, 237	KLS ALLER-TEC CHILDRENS.....	125
JINTELI.....	84	KETO-DIASTIX.....	83	KLS ALLER-TEC D.....	142
<i>jock itch</i>	237	<i>ketogen</i>	172	<i>kls aspirin low dose</i>	44
<i>jock itch relief</i>	237	<i>ketone test</i>	83	<i>kls d3</i>	210
<i>joint health & bone strength</i>	210	KETONEX-1.....	172	<i>kls ibuprofen</i>	36
JOLESSA.....	73	KETONEX-2.....	172	<i>kls ibuprofen ib</i>	36
JUICE PLUS FIBRE.....	171	<i>ketorolac tromethamine</i>	116	KLS LAXACLEAR.....	102
JULEBER.....	73	KETOSTIX.....	83	KLS QUIT2.....	164
JULUCA.....	50	KETOVIE.....	172	KLS QUIT4.....	164
JUNEL 1.5/30.....	73	KETOVIE 3/1.....	172	<i>kls stool softener</i>	102
JUNEL 1/20.....	73	KETOVIE 4/1.....	172	<i>kobee</i>	210
JUNEL FE 1.5/30.....	73	KETOVIE PEPTIDE.....	172	KOMZIFTI.....	22
JUNEL FE 1/20.....	73	<i>kettle neti pot sinus wash</i>	131	KONSYL DAILY PSYLLIUM FIBER	
JUNEL FE 24.....	73	KEYTRUDA.....	22	.....	102
<i>just 4 kidz multivit/probiotic</i>	210	KEYTRUDA QLEX.....	22	KOSELUGO.....	22
<i>just tears eye drops</i>	118	KFLO.....	172	<i>kosher prenatal plus iron</i>	210
JUVEN.....	171	KIDS PLANT PROTEIN SHAKE.....	172	KOURZEQ.....	231
JYLAMVO.....	30	KIDS PROTEIN ORGANIC SHAKE		<i>kp adults 50+ daily formula</i>	210
JYNNEOS.....	33	.....	172	<i>kp adults daily formula</i>	210
<i>k 100</i>	210	<i>kimono</i>	73	<i>kp aspirin</i>	44
KADCYLA.....	22	KIMONO COLORS.....	73	<i>kp b complex-c</i>	210
KAITLIB FE.....	73	KIMONO MAXX-LARGE FLARE.....	73	<i>kp bisacodyl</i>	102
<i>kale/quinoa/berries</i>	171	<i>kimono micro thin</i>	73	<i>kp calcium 600+d</i>	187
<i>kale/quinoa/berries plus</i>	171	<i>kimono micro thin plus</i>	73	<i>kp calcium citrate+d</i>	187
<i>kale/quinoa/berries plus pedia</i>	171	<i>kimono plus</i>	74	<i>kp calcium-magnesium-zinc</i>	187
KALETRA.....	50	<i>kimono ps</i>	74	<i>kp diphenhydramine hcl</i>	125
KALYDECO.....	131	<i>kimono ps plus</i>	74	<i>kp ferrous gluconate</i>	113
KAMELEON LUBRICATED.....	73	<i>kimono sensation</i>	74	<i>kp ferrous sulfate</i>	113
KANJINTI.....	22	<i>kimono sensation plus</i>	74	<i>kp fexofenadine hcl</i>	125
KAOPECTATE.....	91	KIMONO SPECIAL.....	74	<i>kp folic acid</i>	210
KAOPECTATE EXTRA		KINDERLYTE.....	182	<i>kp mag-oxide magnesium</i>	187
STRENGTH.....	91	KINDERLYTE PREMAX.....	182	<i>kp melatonin</i>	172
KARIVA.....	73	KINDERMED KIDS ALLERGY.....	125	<i>kp mens 50+ daily formula</i>	210
KATE FARMS GLUCOSE		KINDERSPROUT PLANT		<i>kp mens daily formula</i>	210
SUPPORT 1.2.....	171	PROTEIN.....	172	<i>kp niacin</i>	210
KATE FARMS KIDS NUTRITION..	171	KINERET.....	29	<i>kp prenatal multivitamins</i>	210

<i>kp pseudoephedrine hcl</i>	142	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	23	LIPISTART	172
<i>kp senna</i>	102	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	23	<i>lipo cream base</i>	67
KP VISION FORMULA.....	210	LESSINA.....	74	LIPOCREAM BASE.....	67
KP VISION FORMULA/LUTEIN.....	210	<i>letrozole</i>	19	<i>lipopen ultra base</i>	67
<i>kp vitamin b-12</i>	210	<i>leucovorin calcium</i>	27	LIPOTRIAD VISION SUPPORT	210
<i>kp vitamin b-6</i>	210	LEUKERAN.....	18	<i>lipotriad vision support plus</i>	211
<i>kp vitamin d</i>	210	<i>leuprolide acetate</i>	19	LIPOTRIAD VISIONARY	211
<i>kp vitamin d3</i>	210	<i>levalbuterol hcl</i>	128	<i>liquid acetaminophen</i>	44
<i>kp vitamin e</i>	210	<i>levalbuterol tartrate</i>	128	<i>liquid allergy relief</i>	125
<i>kp womens 50+ daily formula</i>	210	<i>levetiracetam</i>	151, 163	<i>liquid c</i>	211
<i>kp womens daily formula</i>	210	<i>levetiracetam er</i>	151	LIQUID HOPE.....	172
K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL		<i>levetiracetam in nacl</i>	163	LIQUID HOPE PEPTIDE.....	172
ST	210	<i>levobunolol hcl</i>	115	LIQUID HOPE PEPTIDE BERRY ..	172
K-PAX PROTEIN BLEND IMMUNE		<i>levocarnitine</i>	83	<i>liquid pain relief</i>	44
.....	172	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	125	<i>lisinopril</i>	65
<i>kpn prenatal</i>	210	<i>levofloxacin</i>	57	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	63
KRAZATI.....	22	<i>levofloxacin in d5w</i>	57	<i>lithium</i>	161
K-TAN PLUS.....	113	LEVONEST.....	74	<i>lithium carbonate</i>	161
KURVELO.....	74	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	74	<i>lithium carbonate er</i>	161
<i>labetalol hcl</i>	61	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	74	<i>little animals</i>	211
LAC-HYDRIN FIVE.....	245	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	74	LITTLE REMEDIES FOR FEVER....	44
<i>lacosamide</i>	151, 163	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	74	LITTLE REMEDIES GAS RELIEF ...	95
<i>lactated ringers</i>	180	LEVORA 0.15/30 (28).....	74	<i>liver detox</i>	211
LACTINOL HX.....	245	LEVO-T.....	69	LIVITA ADULTS.....	211
<i>lactulose</i>	102	<i>levothyroxine sodium</i>	69	LIVTENCITY.....	54
<i>lactulose encephalopathy</i>	102	LEVOXYL.....	70	LMD.....	172
LAMISIL AT ATHLETES FOOT.....	237	<i>l-glutamine</i>	110, 172	<i>l-methylfolate</i>	211
LAMISIL AT JOCK ITCH.....	237	<i>lice killing</i>	240	<i>l-methylfolate calcium</i>	211
<i>lamivudine</i>	48, 54	<i>lice killing shampoo max str</i>	240	<i>l-methyl-mc</i>	211
<i>lamivudine-zidovudine</i>	50	<i>lice treatment</i>	240	LOESTRIN 1.5/30 (21).....	74
<i>lamotrigine</i>	151	LIDO KING.....	245	LOESTRIN 1/20 (21).....	74
<i>lamotrigine er</i>	151	<i>lidocaine</i>	233, 245	LOESTRIN FE 1.5/30.....	74
LANABIOTIC.....	234	<i>lidocaine hcl</i>	44, 233	LOESTRIN FE 1/20.....	74
LAND BEFORE TIME		<i>lidocaine hcl (pf)</i>	44	<i>lohist-dm</i>	142
MULTIVITAMIN.....	210	<i>lidocaine max st 24 hours</i>	245	LOJAIMIESS.....	74
<i>lanreotide acetate</i>	83	<i>lidocaine pain relief</i>	245	LOKELMA.....	70
<i>lansoprazole</i>	97	<i>lidocaine pain relief max st</i>	245	LOLLICAINE.....	231
LANTUS.....	78	<i>lidocaine pain relieving</i>	245	LOMAIRA.....	85
LANTUS SOLOSTAR.....	78	<i>lidocaine viscous hcl</i>	231	<i>lomustine</i>	18
<i>lapatinib ditosylate</i>	22	<i>lidocaine-prilocaine</i>	233	<i>long acting nasal spray</i>	142
LARIN 1.5/30.....	74	LIDOCAN.....	233	<i>long lasting antacid</i>	89
LARIN 1/20.....	74	<i>lidocanna</i>	245	<i>long lasting nasal spray</i>	142
LARIN 24 FE.....	74	LIDOCARE ARM/NECK/LEG.....	245	LONSURF.....	26
LARIN FE 1.5/30.....	74	LIDOCARE BACK/SHOULDER.....	245	<i>loperamide hcl</i>	91, 95
LARIN FE 1/20.....	74	<i>lidocore</i>	245	LOPHLEX LQ 20.....	172
<i>latanoprost</i>	115	LIDOGUARD.....	245	<i>lopinavir-ritonavir</i>	50
<i>laxative</i>	102	<i>lidotrode</i>	245	<i>loradamed</i>	125
<i>laxative max str</i>	102	LIFYORLI (125 MG DOSE).....	19	<i>loratadine</i>	125
<i>laxative regular strength</i>	102	LIFYORLI (150 MG DOSE).....	19	<i>loratadine childrens</i>	125
LAZCLUZE.....	22	LIL MIXINS-EGG.....	172	<i>loratadine-d 12hr</i>	142
<i>lecithin</i>	172	LIL MIXINS-PEANUT.....	172	<i>loratadine-d 24hr</i>	142
<i>leflunomide</i>	30	LILETTA (52 MG).....	74	<i>lorazepam</i>	155
<i>lenalidomide</i>	27	<i>linezolid</i>	52	LORAZEPAM INTENSOL.....	155
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	22	<i>linezolid in sodium chloride</i>	52	LORBRENA.....	23
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	22	LINZESS.....	95	LORYNA.....	74
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	22	LIOMNY.....	70	<i>losartan potassium</i>	59
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	22	LIOPEN ABSORPTION		<i>losartan potassium-hctz</i>	63
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	23	ENHANCING.....	67	LOTEMAX.....	116
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	23	<i>liothyronine sodium</i>	70	<i>loteprednol-tobramycin</i>	115

LOTRIMIN AF	237	<i>magnesium oxide</i>	89	MEDI-LAX	102
LOTRIMIN AF JOCK ITCH	237	<i>magnesium oxide (antacid)</i>	89	MEDI-MUCIL	102
LOTRIMIN ULTRA	237	<i>magnesium oxide -mg supplement</i>	187	<i>medi-natural</i>	102
<i>lovastatin</i>	60	<i>magnesium sulfate</i>	180	<i>medi-natural plus</i>	102
LOW-OGESTREL	74	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	180	MEDI-PROFEN	36
<i>loxapine succinate</i>	159	<i>magnesium-aluminum-simethicone</i>	89	MEDIQUE ASPIRIN	44
LPS CRITICAL CARE SUGAR		MAGNESIUM-OXIDE	187	MEDI-TABS CHILDRENS	44
FREE	172	MAGOX 400	188	MEDI-TABS EXTRA STRENGTH	44
LPS SUGAR FREE	172	MAG-OXIDE	188	MEDI-TABS JUNIOR STRENGTH	44
<i>lubiprostone</i>	95	MAG-TAB SR	188	<i>medi-tussin dm</i>	142
<i>lubricant drops/dual-action</i>	118	<i>malathion</i>	240	<i>medi-tussin dm double strength</i>	142
<i>lubricant eye drop</i>	118	MALTOCARB	172	MEDPURA ANTIFUNGAL	237
<i>lubricant eye drops</i>	118	<i>manganese chloride</i>	188	MEDPURA HYDROSEPTINE	245
<i>lubricant eye drops (pf)</i>	118	MAOX	89	MEDPURA ZINC OXIDE	245
<i>lubricant eye drops pf</i>	118	<i>mapap</i>	44	<i>medroxyprogesterone acetate</i> ...	75, 86
<i>lubricating tears eye drops</i>	118	MAPAP ACETAMINOPHEN		<i>mefloquine hcl</i>	54
LUZZA 1.5/30	74	EXTRA STR	44	<i>mega biotin</i>	211
LUZZA 1/20	74	MAPAP CHILDRENS	44	<i>mega coq10</i>	172
LUMAKRAS	23	<i>maraviroc</i>	48	<i>mega multi for women</i>	211
LUMIGAN	115	MAR-COF CG EXPECTORANT ...	142	MEGA MULTI MEN	211
LUMIZYME	83	<i>marlissa</i>	75	<i>megavite fruits & veggies</i>	211
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	19	MARPLAN	156	<i>megestrol acetate</i>	19, 86
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	19	<i>masonatal</i>	211	<i>meijer advanced formula</i>	211
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	83	MATERNACEL	211	<i>meijer allergy relief</i>	125
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	83	MATULANE	27	<i>meijer allergy relief-d</i>	142
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	83	MAVYRET	54	<i>meijer antacid anti-gas</i>	89
<i>lurasidone hcl</i>	159	MAX RELIEF JR CHILD		<i>meijer anti-diarrheal</i>	91
<i>lutein-zeaxanthin</i>	211	PAIN/FEVER	44	<i>meijer antihistamine allergy</i>	125
LUTERA	74	MAX RELIEF JUNIOR	44	<i>meijer aspirin ec</i>	44
LYBALVI	159	MAX SLEEP JUNIOR	67	<i>meijer aspirin free</i>	44
LYLEQ	74	MAX TUSSIN DM		<i>meijer c</i>	211
LYLLANA	84	COUGH&CHEST CONG	142	<i>meijer calamine</i>	245
LYNPARZA	23	MAX TUSSIN MUCUS & CHEST		<i>meijer ferrous sulfate</i>	113
LYSIPLEX PLUS	211	CONG	142	<i>meijer ibuprofen</i>	36
LYSODREN	19	MAXALLERGY KIDS	125	<i>meijer jr st aspirin free</i>	44
LYTGObi (12 MG DAILY DOSE)	23	<i>maxifed</i>	142	<i>meijer loratadine</i>	125
LYTGObi (16 MG DAILY DOSE)	23	MAXIMUM D3	211	<i>meijer nasal decongestant</i>	142
LYTGObi (20 MG DAILY DOSE)	23	<i>maximum daily green</i>	211	<i>meijer triple antibiotic</i>	234
LYZA	74	<i>maxi-tuss ac</i>	142	<i>meijer zinc oxide</i>	245
MAALOX MAX	89	<i>maxi-tuss cd</i>	142	MEKINIST	23
MAALOX MULTI SYMPTOM MAX		<i>maxi-tuss g</i>	142	MEKTOVI	23
ST	89	<i>maxi-tuss gmx</i>	142	<i>melatonin</i>	67, 173
MACULAR HEALTH FORMULA	211	<i>maxx</i>	75	<i>melatonin extra strength</i>	172
MACUVITE	211	<i>maxx plus</i>	75	<i>melatonin maximum strength</i>	173
MACUVITE EYE CARE	211	<i>m-dryl</i>	125	MELEYA	75
MACUVITE/LUTEIN	211	<i>meclizine hcl</i>	93	<i>meloxicam</i>	37
MAG-200	187	MEDCAPS DPO	211	<i>memantine hcl</i>	155
MAG64	187	MEDCAPS GI	211	<i>memantine hcl er</i>	155
<i>mag-al</i>	89	MEDCAPS IS	211	<i>memantine hcl-donepezil hcl er</i>	155
<i>mag-al plus</i>	89	MEDCAPS T3	211	MEMORALL	211
<i>mag-al plus xs</i>	89	MEDERMA AG FACE	245	MENQUADFI	33
MAGDELAY	187	MEDERMA STRETCH MARKS		<i>mens 50+ advanced</i>	211
<i>mag-g</i>	187	THERAPY	245	<i>mens 50+ multivitamin</i>	211
MAGNEBIND 300	187	<i>medi tab</i>	211	MENS LIFE PACK	211
MAGNEBIND 400	187	<i>medi-bismuth</i>	91	<i>mens multi health formula</i>	211
<i>magnesium</i>	187	MEDIDERM	67	<i>mens multivitamin</i>	211, 212
<i>magnesium carbonate</i>	187	MEDI-FIRST ASPIRIN	44	<i>mens multivitamin gummies</i>	211
<i>magnesium gluconate</i>	187	MEDI-FIRST IBUPROFEN	36	<i>menstrual relief max strength</i>	44
<i>magnesium lactate</i>	187	<i>medi-first triple antibiotic</i>	234	MENVEO	33

<i>mercaptapurine</i>	26	MICROGESTIN 1/20.....	75	MONISTAT 3.....	108
MERIBIN.....	212	MICROGESTIN FE 1.5/30.....	75	MONISTAT 3 COMBINATION	
<i>meropenem</i>	52	MICROGESTIN FE 1/20.....	75	PACK.....	108
<i>mesalamine</i>	96, 97	MICROSOME BASE.....	67	MONISTAT 3 COMBO PACK APP	108
<i>mesalamine er</i>	96	MICROSPACER.....	131	MONISTAT 7 COMBO PACK APP	108
<i>mesalamine-cleanser</i>	97	<i>midodrine hcl</i>	64	MONISTAT 7 SIMPLY CURE.....	108
<i>mesna</i>	27	MIDOL.....	44	MONJUVI.....	23
METAFOLBIC.....	212	MIDOL COMPLETE.....	44	MONOFERRIC.....	113
METAFOLBIC PLUS.....	212	MIEBO.....	118	MONOGEN.....	173
METAMUCIL 3 IN 1 DAILY FIBER	102	<i>mifepristone</i>	83	MONO-LINYAH.....	75
METAMUCIL 4 IN 1 FIBER.....	102	MILI.....	75	<i>montelukast sodium</i>	133
METAMUCIL FREE & NATURAL..	102	<i>milk of magnesia</i>	102	MOOD FOOD.....	212
METAMUCIL PREMIUM BLEND...	102	MIMVEY.....	84	MOOD FOOD ES.....	212
METAMUCIL SMOOTH TEXTURE	102	<i>mincora</i>	212	<i>morphine sulfate</i>	38
<i>metformin hcl</i>	80, 81	<i>mineral oil</i>	103	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	38
<i>metformin hcl er</i>	80	<i>mineral oil heavy</i>	102	<i>morphine sulfate er</i>	37
<i>methadone hcl</i>	37	<i>mineral oil lubricant laxative</i>	102	MOTRIN CHILDRENS.....	37
METHADONE HCL INTENSOL.....	37	<i>minocycline hcl</i>	59	MOTRIN IB.....	37
<i>methazolamide</i>	64	<i>minoxidil</i>	64	MOTRIN INFANTS DROPS.....	37
<i>methenamine hippurate</i>	52	MINTOX.....	89	MOUNJARO.....	81
<i>methimazole</i>	70	<i>mintox maximum strength</i>	89	MOUTH KOTE.....	231
METHIONAID.....	173	MINTOX PLUS.....	89	MOUTH KOTE REMINT.....	231
<i>methocarbamol</i>	154	MIRALAX.....	103	MOVANTIK.....	95
<i>methotrexate sodium</i>	26, 30	MIRALAX MIX-IN PAX.....	103	<i>moxifloxacin hcl</i>	57, 116
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	26	<i>mirtazapine</i>	156	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	57
<i>methsuximide</i>	151	<i>misoprostol</i>	95	<i>m-pap</i>	44
METHYL PROTECT.....	212	<i>mi-vite rx</i>	212	MRESVIA.....	33
METHYL-GUARD.....	212	MM ACETAMINOPHEN EX STR....	44	MSUD 2.....	173
METHYL-GUARD PLUS.....	212	MM ALLER-BEN.....	126	MSUD AID.....	173
<i>methylphenidate hcl</i>	161	<i>mm allergy relief 24 hour</i>	126	MSUD ANAMIX EARLY YEARS....	173
<i>methylphenidate hcl er</i>	161	<i>mm arthritis pain</i>	44	MSUD COOLER.....	173
<i>methylprednisolone</i>	85	<i>mm aspirin</i>	44	MSUD LOPHLEX LQ.....	173
<i>methylprednisolone acetate</i>	85	<i>mm biotin/keratin</i>	212	MSUD MAXAMAID.....	173
<i>methylprednisolone sodium succ</i>	85	MM CLEARLAX.....	103	MSUD MAXAMUM.....	173
<i>metoclopramide hcl</i>	93	<i>mm fexofenadine hcl</i>	126	MTX SUPPORT.....	212
<i>metolazone</i>	64	<i>mm stool softener</i>	103	MUCINEX.....	143
<i>metoprolol succinate er</i>	61	<i>mm stool softener laxative</i>	103	MUCINEX CHILDRENS	
<i>metoprolol tartrate</i>	61	MMA/PA ANAMIX EARLY YEARS	173	FREEFROM.....	142
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	62	MMA/PA ANAMIX NEXT.....	173	MUCINEX COLD CHILDRENS.....	142
<i>metronidazole</i>	52, 53, 107, 245	MMA/PA COOLER15.....	173	MUCINEX COUGH & CONGEST	
<i>metyrosine</i>	64	MMA/PA MAXAMUM.....	173	CHILD.....	142
<i>mg aspartate</i>	188	M-M-R II.....	33	MUCINEX COUGH CHILDRENS..	142
<i>mgo</i>	188	<i>m-natal plus</i>	181, 212	MUCINEX COUGH FOR KIDS.....	142
MIBELAS 24 FE.....	75	<i>modafinil</i>	162	MUCINEX DM.....	142
<i>micaderm</i>	237	MODEYSO.....	27	MUCINEX FAST-MAX CHEST	
<i>micafungin sodium</i>	50	MODULEN.....	173	CONG MS.....	142
<i>miconazole</i>	237	<i>moexipril hcl</i>	65	MUCINEX FAST-MAX CONGEST	
<i>miconazole 1</i>	107	MOI-STIR.....	231	COUGH.....	142, 143
<i>miconazole 3 combo pack</i>	107	<i>moisture barrier</i>	245	MUCINEX FAST-MAX DM MAX....	143
<i>miconazole 3 combo-supp</i>	107	<i>moisturizing cream</i>	245	MUCINEX FAST-MAX SEVERE	
<i>miconazole 7</i>	107	<i>moisturizing lubricant eye</i>	118	CON/CG.....	143
<i>miconazole antifungal</i>	237	<i>molindone hcl</i>	159	MUCINEX MAXIMUM STRENGTH	143
<i>miconazole nitrate</i>	108, 237	<i>mometasone furoate</i>	240	MUCINEX SINUS-MAX CLEAR &	
<i>miconazole nitrate combo pack</i>	107	MOMMY'S BLISS GAS RELIEF		COOL.....	143
<i>miconazorb af</i>	237	DROPS.....	95	MUCINEX SINUS-MAX	
MICOTRIN AP.....	237	MOMMY'S BLISS VIT D ORGANIC		SINUS/ALLRGY.....	143
MICROCHAMBER.....	131	.....	212	<i>mucus & chest congestion</i>	143
<i>microderm base</i>	67	MONISTAT 1 COMBO PACK.....	108	<i>mucus congest & cough child</i>	143
MICROGESTIN 1.5/30.....	75	MONISTAT 1 DAY OR NIGHT.....	108	<i>mucus dm</i>	143

<i>mucus relief</i>	143	<i>multi-vitamin monocaps</i>	213	<i>naproxen sodium</i>	37
<i>mucus relief chest congestion</i>	143	<i>multivitamin plus iron adult</i>	213	NARAMIN.....	126
<i>mucus relief dm</i>	143	<i>multivitamin w/fluoride</i>	213	<i>naratriptan hcl</i>	162
<i>mucus relief dm max</i>	143	<i>multivitamin women</i>	213	<i>nasal decongestant</i>	144
<i>mucus relief er</i>	143	<i>multivitamin women 50+</i>	213	<i>nasal decongestant 12hr</i>	143
<i>mucus relief max st</i>	143	<i>multivitamin womens 50+ adv</i>	213	<i>nasal decongestant d</i>	144
<i>mucus relief multi symptom</i>	143	<i>multivitamin/fluoride</i>	213	<i>nasal decongestant d max str</i>	143
<i>mucus relief severe congst/cgh</i>	143	<i>multi-vitamin/fluoride</i>	213	<i>nasal decongestant pe</i>	144
<i>mucus-dm</i>	143	<i>multi-vitamin/fluorideliron</i>	213	<i>nasal decongestant pe max st</i>	144
MULTAQ.....	59	<i>multi-vitamin/liron</i>	213	<i>nasal decongestant spray</i>	144
<i>multi + omega-3 adult gummies</i>	212	<i>multi-vitamin/minerals</i>	213	<i>nasal four</i>	144
<i>multi + omega-3 gummies</i>	212	<i>multivitamin/zinc stress</i>	214	<i>nasal spray</i>	144
<i>multi adult gummies</i>	212	<i>multivitamin-minerals</i>	214	<i>nasal spray 12 hour</i>	144
MULTI COMPLETE.....	212	<i>multi-vitamins</i>	214	<i>nasal spray max strength</i>	144
<i>multi complete/liron</i>	212	<i>multivitamins plus iron child</i>	214	<i>nasal spray no drip</i>	144
<i>multi for her</i>	212	<i>multi-vite</i>	214	NASALCROM.....	131
<i>multi for her 50+</i>	212	MULTI-VIT-FLOR.....	214	NASCOBAL.....	214
MULTI FOR HIM.....	212	<i>multivit-min gummies childrens</i>	214	NATACYN.....	116
<i>multi for him 50+</i>	212	<i>mupirocin</i>	234	<i>natal prn</i>	214
MULTI MEGA MINERALS.....	188	MURINE EAR.....	248	<i>nateglinide</i>	81
<i>multi prenatal</i>	212	MURINE EAR WAX REMOVAL		<i>nat-rul daily-vite+iron</i>	214
<i>multi vitamin</i>	212	SYSTEM.....	248	<i>nat-rul iron</i>	113
<i>multi vitamin w/d-3</i>	212	MURO 128.....	118	<i>natrul magnesium</i>	188
<i>multi vitamin/minerals</i>	212	MVW COMPLETE FORMULATION		<i>nat-rul oyster calcium+vite d</i>	188
MULTIA.....	212	.....	214	<i>nat-rul theravite-m</i>	214
MULTIGEN.....	113	MVW COMPLETE FORMULATION		<i>nat-rul vitamin d</i>	214
MULTIGEN PLUS.....	113	D3000.....	214	<i>natrul-vites</i>	214
<i>multi-phasic penetrating cmpd</i>	67	MVW COMPLETE FORMULATION		<i>natural c/rose hips</i>	214
<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i>	180	D5000.....	214	<i>natural fiber</i>	103
<i>multiple vit/minerals/no iron</i>	212	MVW COMPLETE FORMULATION		<i>natural fiber laxative</i>	103
<i>multiple vitamin-folic acid</i>	212	MINIS.....	214	<i>natural psyllium seed</i>	103
<i>multiple vitamins</i>	212	<i>mvw hi-d adek gummies</i>	214	<i>natural senna laxative</i>	103
<i>multiple vitamins essential</i>	212	MVW MODULATOR		<i>natural vitamin a</i>	214
<i>multiple vitamins/iron</i>	212	FORMULATION.....	214	<i>natural vitamin d-3</i>	214
<i>multiple vitamins/womens</i>	212	MVW MODULATOR		<i>natural vitamin e</i>	215
<i>multiple vitamins-iron</i>	213	FORMULATION MINI.....	214	NAYZILAM.....	151
<i>multiple vitamins-minerals</i>	213	MVW ORANGE CHEWABLES.....	214	<i>nebivolol hcl</i>	61
<i>multi-symptom cold childrens</i>	143	<i>myamulti</i>	214	NECON 0.5/35 (28).....	75
<i>multi-symptom cold plus child</i>	143	<i>mycophenolate mofetil</i>	32	<i>nefazodone hcl</i>	156
<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	213	<i>mycophenolate sodium</i>	32	NEOCATE INFANT	
<i>multivit/multimineral adult</i>	213	MYCOZYL AP.....	237	HYPOALLERGENIC.....	173
<i>multivitamin</i>	213	MYLANTA MAXIMUM STRENGTH.....	89	NEOCATE JUNIOR.....	173
<i>multi-vitamin</i>	213	MYLICON INFANTS GAS RELIEF.....	95	NEOCATE JUNIOR PREBIOTICS.....	173
<i>multivitamin adult</i>	213	MYNEPHRON.....	214	NEOCATE SPLASH JUNIOR.....	173
<i>multivitamin adult (minerals)</i>	213	MYRBETRIQ.....	106	NEOCATE SPOON.....	173
<i>multivitamin adults</i>	213	<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	113	NEOCATE SYNEO JUNIOR.....	173
<i>multivitamin adults 50+</i>	213	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	103	NEOFLEX CALCIUM + VITAMIN D	
<i>multivitamin childrens</i>	213	<i>nabumetone</i>	37	.....	188
<i>multivitamin childrens (w/ fa)</i>	213	<i>nac</i>	173	<i>neomaterna</i>	215
<i>multivitamin childrens gummies</i>	213	<i>nac 600</i>	173	NEOMULTIVITE.....	215
<i>multivitamin drops/liron</i>	213	<i>n-acetyl cysteine</i>	173	<i>neomycin sulfate</i>	53
<i>multi-vitamin gummies</i>	213	<i>nadolol</i>	61	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	116
<i>multivitamin gummies adult</i>	213	<i>nafeclillin sodium</i>	58	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	115
<i>multivitamin gummies mens</i>	213	NAGLAZYME.....	83	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	116
<i>multivitamin gummies womens</i>	213	<i>naloxone hcl</i>	164	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	115, 120
<i>multivitamin infant & toddler</i>	213	<i>naltrexone hcl</i>	164	<i>neonatal complete</i>	215
<i>multivitamin iron-free</i>	213	NAMZARIC.....	155	NEONATAL PLUS.....	215
<i>multivitamin men</i>	213	NAPHCON-A.....	114	<i>neonatal prenatal</i>	215
<i>multivitamin men 50+</i>	213	<i>naproxen</i>	37	NEONATAL VITAMIN.....	215

NEOQ10.....	173	NINJACOF-XG.....	144	NOVOLIN N RELION.....	79
NEOSPORIN.....	234	NINLARO.....	23	NOVOLIN R.....	79
NEOSPORIN + PAIN RELIEF MAX		<i>nintedanib esylate</i>	131	NOVOLIN R FLEXPEN.....	79
ST.....	234	NISEKO HYDRATING FACIAL.....	246	NOVOLIN R RELION.....	79
NEOSPORIN + PAIN/ITCH/SCAR.....	234	<i>nitazoxanide</i>	53	NOVOLOG.....	79
NEOSPORIN ORIGINAL.....	234	<i>nitisinone</i>	83	NOVOLOG FLEXPEN.....	79
NEOSPORIN/BURN RELIEF.....	234	NITRO-BID.....	65	NOVOLOG FLEXPEN RELION.....	79
NEO-SYNEPHRINE		<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	53	NOVOLOG MIX 70/30.....	79
COLD/ALLRGY EXT.....	144	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	53	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN....	79
<i>neotuss</i>	144	<i>nitroglycerin</i>	65, 246	NOVOLOG PENFILL.....	79
<i>neo-vital rx</i>	215	NIVA-FOL.....	215	NOVOLOG RELION.....	79
NEPHPLEX RX.....	215	NIVANEX DMX.....	144	NRS NASAL RELIEF.....	144
<i>nephro vitamins</i>	215	NIVA-PLUS.....	215	NUBEQA.....	19
NEPHRON FA.....	113	NIVEA.....	246	NUDEXTA.....	161
NEPHRO-VITE.....	215	NIVEA VISAGE.....	246	NUFOL.....	215
NEPRO.....	173	NIVEA VISAGE INNER BEAUTY..	246	NU-IRON.....	113
NEPRO/CARBSTEADY.....	173	NIX CREME RINSE.....	240	NULOJIX.....	32
NERLYNX.....	23	<i>nizatidine</i>	87	NUMOISYN.....	231
NESTABS.....	215	<i>no drip nasal spray</i>	144	NUPLAZID.....	159
NESTABS DHA.....	215	<i>no iron mult vitamin-minerals</i>	215	NURTEC.....	162
NESTABS ONE.....	215	<i>nohist-dm</i>	144	NUTRA/SHAKE.....	173
<i>neti pot sinus wash</i>	131	<i>non-aspirin</i>	45	NUTRADERM.....	246
NEUAC.....	233	<i>non-aspirin extra strength</i>	44	NUTRALYN.....	215
NEUTROGENA HAND.....	246	<i>non-aspirin jr strength</i>	45	NUTREN 1.0.....	174
<i>nevirapine</i>	48	<i>non-aspirin pain relief</i>	45	NUTREN 1.0/FIBER.....	174
<i>nevirapine er</i>	48	<i>non-pseudo sinus decongestant</i>	144	NUTREN 1.5.....	174
NEXLETOL.....	60	NORA-BE.....	75	NUTREN 2.0.....	174
NEXLIZET.....	60	<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	75	NUTREN JR.....	174
NEXPLANON.....	75	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	75	NUTREN JR FIBER.....	174
NF FORMULAS NAC.....	173	<i>norethindrone</i>	75	NUTREN JUNIOR 1.0.....	174
<i>niacin</i>	215	<i>norethindrone acetate</i>	86	NUTREN JUNIOR/FIBER.....	174
<i>niacin er</i>	215	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	75	NUTREN PULMONARY.....	174
<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	60	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	84	NUTRIFAC ZX.....	215
<i>niacin flush free</i>	215	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	75	<i>nutrifocus</i>	174
<i>niacinamide</i>	215	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	75	NUTRIHEP 1.5 CAL.....	174
NIAVASC.....	215	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	75	NUTRILIPID.....	190
NIAVASC 750.....	215	NORLYROC.....	75	<i>nutritional drink</i>	174
<i>nicardipine hcl</i>	62	NORTREL 0.5/35 (28).....	75	<i>nutritional drink mix</i>	174
NICODERM CQ.....	164	NORTREL 1/35 (21).....	75	<i>nutritional drink plus</i>	174
NICOMIDE.....	215	NORTREL 1/35 (28).....	75	<i>nutritional drink shake mix</i>	174
NICORELIEF.....	164	NORTREL 7/7/7.....	76	<i>nutritional shake</i>	174
NICORETTE.....	164	<i>nortriptyline hcl</i>	156	<i>nutritional shake complete</i>	174
NICORETTE MINI.....	164	NORVIR.....	48	<i>nutritional shake high protein</i>	174
NICORETTE STARTER KIT.....	164	<i>norwegian cod liver oil</i>	215	<i>nutritional shake plus</i>	174
<i>nicotine</i>	165	NOSTRILLA.....	144	<i>nutritional shake plus protein</i>	174
<i>nicotine mini</i>	165	NOURILITE.....	67	<i>nutritional supplement</i>	174
<i>nicotine polacrilex</i>	165	NOURISH.....	173	<i>nutritional supplement plus</i>	174
<i>nicotine polacrilex mini</i>	165	NOURISH PEPTIDE FORMULA...	173	NUZYRA.....	59
<i>nicotine step 1</i>	165	NOURIVAN ANTIOX BASE.....	67	NYAMYC.....	237
<i>nicotine step 2</i>	165	NOVAFERRUM.....	113	NYLIA 1/35.....	76
<i>nicotine step 3</i>	165	NOVAFERRUM 50.....	113	NYLIA 7/7/7.....	76
NICOTROL NS.....	165	NOVAFERRUM PEDIATRIC		<i>nystatin</i>	50, 231, 237
<i>nifedipine er</i>	62	DROPS.....	113	NYSTOP.....	237
<i>nifedipine er osmotic release</i>	62	NOVASOURCE RENAL.....	173	OA 1.....	174
NIFEREX.....	113	NOVOLIN 70/30.....	79	OA 2.....	174
NIKKI.....	75	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	78	OB COMPLETE.....	215
<i>nilotinib hcl</i>	23	NOVOLIN 70/30 RELION.....	78	OB COMPLETE PREMIER.....	215
<i>nilutamide</i>	19	NOVOLIN N.....	79	OBSTETRIX EC.....	215
<i>nimodipine</i>	62	NOVOLIN N FLEXPEN.....	79	OBTREX.....	215

OCTAGAM.....	31	<i>one daily complete</i>	216	ONELAX FIBER THERAPY.....	103
<i>octreotide acetate</i>	83	<i>one daily complete for men</i>	216	ONELAX SENNA.....	103
<i>ocular vitamins</i>	215	ONE DAILY ESSENTIAL.....	216	ONTRUZANT.....	23
<i>ocutabs</i>	216	<i>one daily essentials</i>	216	ONUREG.....	26
<i>ocutabs-lutein</i>	216	<i>one daily for men 50+ advanced</i>	216	OPCON-A.....	114
OCUVITE ADULT 50+.....	216	<i>one daily for men/lycopene</i>	216	OPIPZA.....	159
OCUVITE ADULT FORMULA.....	216	<i>one daily for women</i>	216	OPSUMIT.....	65
OCUVITE EXTRA.....	216	<i>one daily for women 50+ adv</i>	216	OPTICHAMBER DIAMOND.....	131
OCUVITE EYE + MULTI.....	216	<i>one daily healthy weight</i>	216	OPTICHAMBER DIAMOND-LG	
OCUVITE EYE HEALTH		<i>one daily healthy weight adv</i>	216	MASK.....	131
FORMULA.....	216	<i>one daily maximum</i>	216	OPTICHAMBER DIAMOND-MD	
OCUVITE EYE HEALTH		<i>one daily men formula w/o iron</i>	216	MASK.....	131
GUMMIES.....	216	<i>one daily mens</i>	216	OPTICHAMBER DIAMOND-SM	
OCUVITE-LUTEIN.....	216	<i>one daily mens 50+ multivit</i>	216	MASK.....	131
ODEFSEY.....	50	<i>one daily mens 50+/lycopene</i>	216	OPTICLEANSE GHI.....	174
ODOMZO.....	23	<i>one daily mens health</i>	216	<i>optic-vites</i>	217
<i>odor control foot & sneaker</i>	237	<i>one daily multivit/iron-free</i>	217	<i>optic-vites with lutein</i>	218
ODOR EATERS ANTIFUNGAL.....	237	<i>one daily multivitamin adult</i>	217	OPTIFAST POST BARIATRIC.....	218
ODOR EATERS FOOT/SNEAKER		<i>one daily multivitamin men</i>	217	OPTIMAL D3.....	218
SPRAY.....	237	<i>one daily multivitamin women</i>	217	OPTIMAL D3 M.....	218
OFEV.....	131	<i>one daily multivitamin/iron</i>	217	OPTIMENTAL.....	174
<i>ofloxacin</i>	116, 120	<i>one daily womens</i>	217	<i>optimum airvites</i>	218
OGIVRI.....	23	<i>one daily womens 50 plus</i>	217	<i>optimum pms</i>	218
OGSIVEO.....	23	<i>one daily womens 50+</i>	217	OPTIONS GYNOL II	
<i>ohc covid-19 antigen self test</i>	53	<i>one daily/minerals</i>	217	CONTRACEPTIVE.....	108
OJEMDA.....	23	ONE VITE CALCIUM + D3.....	188	OPTISOURCE POST BARIATRIC	
OJJAARA.....	23	ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN.....	217	SURG.....	218
OKEEFFES WORKING HANDS.....	246	ONE VITE FERROUS SULFATE..	113	OPTIVITE P.M.T.....	218
<i>olanzapine</i>	159	<i>one vite womens</i>	217	OPURITY.....	218
<i>olmesartan medoxomil</i>	59	<i>one vite womens plus</i>	217	OPURITY B12/FOLIC ACID.....	218
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	63	ONE-A-DAY FOR HER		OPURITY BYPASS OPTIMIZED.....	218
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	63	VITACRAVES.....	217	<i>oral analgesic max st</i>	232
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	60	ONE-A-DAY FOR HIM		<i>oral electrolyte freezer pops</i>	182
<i>omeprazole</i>	97	VITACRAVES.....	217	<i>oral electrolytes</i>	182
OMNIBASE.....	67	ONE-A-DAY MENOPAUSE		<i>oral relief spray</i>	232
<i>omnicap</i>	216	FORMULA.....	217	<i>oral suspend</i>	67
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO		ONE-A-DAY MENS (MINERALS).....	217	<i>oralyte</i>	182
GEN 5.....	79	ONE-A-DAY MENS 50+.....	217	ORAPENN SD ANHYD	
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS		ONE-A-DAY MENS 50+		SWEETENED.....	67
GEN 5.....	79	ADVANTAGE.....	217	ORAPENN SD ANHYD	
OMNIPOD 5 LIBRE INTRO.....	79	ONE-A-DAY MENS HEALTH		UNSWEETEN.....	67
OMNIPOD 5 LIBRE PODS.....	79	FORMULA.....	217	ORA-PLUS.....	67
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4).....	79	ONE-A-DAY MENS PRO EDGE.....	217	ORASEP.....	232
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	79	ONE-A-DAY PROACTIVE 65+.....	217	ORAZINC.....	188
OMNITROPE.....	83	ONE-A-DAY WOMENS.....	217	ORGANIC NUTRITION SHAKE.....	174
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST.....	53	ONE-A-DAY WOMENS 50+.....	217	ORGANIC PEDIA SMART.....	174
ON/GO ONE COVID-19 HOME		ONE-A-DAY WOMENS 50+		ORGOVYX.....	19
TEST.....	53	ADVANTAGE.....	217	ORKAMBI.....	131
<i>once daily</i>	216	ONE-A-DAY WOMENS PETITES.....	217	<i>orlistat</i>	86
ONCOVITE.....	216	ONE-A-DAY WOMENS		ORQUIDEA.....	76
<i>ondansetron</i>	93	VITACRAVES.....	217	ORSERDU.....	19
<i>ondansetron hcl</i>	93	<i>one-daily multi caps</i>	217	OS 2.....	174
ONE A DAY MEN 50 PLUS.....	216	<i>one-daily multi vitamins</i>	217	<i>oseltamivir phosphate</i>	54
ONE A DAY MENS VITACRAVES.....	216	<i>one-daily multi-vit/mineral</i>	217	OSMOLITE.....	175
ONE A DAY PRENATAL.....	216	<i>one-daily multi-vitamin</i>	217	OSMOLITE 1 CAL.....	174
ONE A DAY WOMEN 50 PLUS.....	216	<i>one-daily multi-vitamin/iron</i>	217	OSMOLITE 1.2 CAL.....	174
<i>one daily</i>	217	<i>one-daily/iron</i>	217	OSMOLITE 1.5 CAL.....	174
<i>one daily 50 plus</i>	216	ONELAX.....	103	OSMOLITE HN.....	174
<i>one daily calcium/iron</i>	216	ONELAX DAILY FIBER.....	103	OSPOMYV.....	86

OSTEOPRIME PLUS.....	218	<i>paricalcitol</i>	71	PEDIASURE GROW & GAIN	
OSTEOPRIME ULTRA.....	218	<i>paroxetine hcl</i>	156	ORGANIC.....	175
<i>oxacillin sodium</i>	58	<i>parvlex</i>	218	PEDIASURE GROW &	
<i>oxaliplatin</i>	18	PAXLOVID (150/100).....	54	GAIN/FIBER.....	175
<i>oxcarbazepine</i>	151	PAXLOVID (300/100 & 150/100).....	55	PEDIASURE HARVEST 1.0 CAL..	175
OXEPA.....	175	PAXLOVID (300/100).....	55	PEDIASURE NUTRIPALS.....	175
OXEPA 1.5.....	175	<i>pazopanib hcl</i>	24	PEDIASURE PEDIATRIC.....	175
<i>oxybutynin chloride</i>	106	<i>pc pediatric iron drops</i>	113	PEDIASURE PEPTIDE 1.0 CAL....	175
<i>oxybutynin chloride er</i>	106	<i>pc pediatric poly-vitalfe drop</i>	218	PEDIASURE PEPTIDE 1.5 CAL....	175
<i>oxycodone hcl</i>	38	<i>pc pediatric poly-vitamin drop</i>	218	PEDIASURE REDUCED CALORIE	
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	38	<i>pc pediatric tri-vitamin drops</i>	218	.....	175
<i>oxymetazoline hcl</i>	144	PCCA ALADERM BASE.....	67	PEDIASURE SHAKE MIX.....	175
OYSCO 500+D.....	188	PCCA ANHYDROUS LIPODERM		PEDIASURE SHAKE/FIBER.....	175
<i>oyster calcium/d3</i>	188	BASE.....	67	PEDIASURE SIDEKICKS.....	175
<i>oyster shell calcium</i>	188	PCCA BASE 7542.....	67	PEDIASURE SIDEKICKS CLEAR..	175
<i>oyster shell calcium + d</i>	188	PCCA BIOPEPTIDE BASE.....	67	PEDIASURE SIDEKICKS SHAKE..	175
<i>oyster shell calcium + d3</i>	188	PCCA CANNIDEX 2.0 CUSTOM		PEDIASURE/FIBER.....	175
<i>oyster shell calcium plus d</i>	188	BASE.....	67	<i>pediatric drink</i>	175
<i>oyster shell calcium w/d</i>	188	PCCA CANNIDEX CUSTOM BASE	67	<i>pediatric electrolyte</i>	182
<i>oyster shell calcium/d</i>	188	PCCA COSMETIC HRT BASE.....	67	PEDVAX HIB.....	33
<i>oyster shell calcium/d3</i>	188	PCCA EMOLLIENT CREAM BASE..	67	<i>peg 3350</i>	103
<i>oyster shell calcium/vit d</i>	188	PCCA HYDRABASE SB CUSTOM		<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	103
<i>oyster shell calcium/vit d3</i>	188	BASE.....	68	<i>peg-3350/electrolytes</i>	103
<i>oyster shell calcium/vitamin d</i>	188	PCCA LIPODERM BASE.....	68	PEGASYS.....	55
OZEMPIC.....	81	PCCA MVC BASE.....	68	PEMAZYRE.....	24
OZEMPIC (0.25 OR 0.5		PCCA NATACREAM.....	68	<i>pemetrexed disodium</i>	26
MG/DOSE).....	81	PCCA PRACASIL TM-PLUS BASE..	68	PENBRAYA.....	34
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	81	PCCA VANISHING CREAM BASE..	68	<i>penderm</i>	68
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	81	PCCA VANISHING CREAM LIGHT..	68	<i>penicillamine</i>	70
PACERONE.....	59	PCCA VANPEN BASE.....	68	<i>penicillin g potassium</i>	58
<i>paclitaxel</i>	27	PCCA WAV CUSTOM BASE.....	68	<i>penicillin g sodium</i>	58
<i>paclitaxel protein-bound part</i>	27	PEGGEN DMX.....	144	<i>penicillin v potassium</i>	58
<i>pain & fever childrens</i>	45	PEGGEN PSE.....	144	PEN-KERA.....	246
<i>pain & fever infants</i>	45	<i>ped electrolyte freeze pops</i>	182	<i>penmenvy</i>	34
<i>pain & fever kids</i>	45	<i>ped electrolyte freezer pops</i>	182	<i>pensomal</i>	68
<i>pain and fever relief kids</i>	45	PEDIA VANCE.....	182	PENTACEL.....	34
<i>pain relief</i>	45	PEDIACARE CHILDREN.....	45	<i>pentamidine isethionate</i>	53
<i>pain relief childrens</i>	45	PEDIACARE CHILDRENS		<i>pentoxifylline er</i>	110
<i>pain relief extra strength</i>	45	ALLERGY.....	126	PENTRAVAN.....	246
<i>pain relief max str</i>	246	PEDIACARE		PENTRAVAN PLUS.....	246
<i>pain relief maximum strength</i>	246	COUGH/CONGESTION.....	144	PEPTAMEN.....	176
<i>pain relief regular strength</i>	45	PEDIACARE INFANT		PEPTAMEN 1 CAL/PREBIO1.....	175
<i>pain reliever</i>	45	FEVER/PAIN.....	45	PEPTAMEN 1.5 CAL.....	175
<i>pain reliever extra strength</i>	45	PEDIACARE INFANTS.....	45	PEPTAMEN 1.5 CAL/PREBIO1....	175
<i>pain reliever for adults</i>	45	PEDIACARE INFANTS GAS		PEPTAMEN AF.....	175
<i>pain reliever/fever reducer</i>	45	RELIEF.....	95	PEPTAMEN INTENSE VHP.....	175
<i>pain relieving lidocaine</i>	246	PEDIA-LAX.....	103	PEPTAMEN JUNIOR 1 CAL.....	175
<i>paliperidone er</i>	159	PEDIALYTE.....	182	PEPTAMEN JUNIOR 1	
PALMERS COCOA BUTTER		PEDIALYTE ADVANCED CARE...	182	CAL/PREBIO1.....	175
FORMULA.....	246	PEDIALYTE FREEZER POPS.....	182	PEPTAMEN JUNIOR 1.5.....	176
PALMERS INTENSIVE RELIEF		PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT..	182	PEPTAMEN JUNIOR 1.5 CAL.....	176
HAND.....	246	PEDIALYTE SINGLES.....	182	PEPTAMEN JUNIOR FIBER.....	176
PALMERS NIGHT CREAM.....	246	PEDIARIX.....	33	PEPTAMEN JUNIOR HP.....	176
PALMERS STRETCH MARKS.....	246	PEDIASmart PEA PROTEIN.....	175	PEPTAMEN JUNIOR PHGG 1.2...	176
<i>pamidronate disodium</i>	86	PEDIASURE.....	175	PEPTAMEN JUNIOR/PREBIO1....	176
<i>pan-c 500/bioflavonoids</i>	218	PEDIASURE 1.0 CAL/FIBER.....	175	PEPTAMEN/PREBIO1.....	176
PANRETIN.....	246	PEDIASURE 1.5 CAL.....	175	PEPTO-BISMOL.....	91, 92
<i>pantoprazole sodium</i>	97	PEDIASURE 1.5 CAL/FIBER.....	175	PEPTO-BISMOL MAX STRENGTH	91
PANZYGA.....	31	PEDIASURE GROW & GAIN.....	175	PEPTO-BISMOL TO-GO.....	92

<i>perampanel</i>	151, 152	PHENYTEK.....	152	<i>polymyxin b sulfate</i>	53
PERATIVE.....	176	<i>phenytoin</i>	152	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	116
PERATIVE 1.3 CAL.....	176	<i>phenytoin sodium</i>	163	<i>polysaccharide iron complex</i>	113
PERDIEM OVERNIGHT RELIEF... 103		<i>phenytoin sodium extended</i> ... 152, 163		<i>polysaccharide-iron complex</i>	113
PERIDIN-C.....	218	PHESGO.....	24	POLYSPORIN.....	234
PERIFLEX ADVANCE.....	176	PHILITH.....	76	<i>poly-tussin ac</i>	144
PERIFLEX JUNIOR.....	176	PHILLIPS MILK OF MAGNESIA.... 103		POLY-VENT IR.....	144
<i>perindopril erbumine</i>	65	PHYTOBASE.....	68	POLY-VI-FLOR.....	218
PERIOGARD.....	232	PHYTOMULTI.....	218	<i>polyvinyl alcohol</i>	118
PERIOMED.....	232	<i>phytonadione</i>	218	POLY-VI-SOL.....	218
<i>permethrin</i>	240	PIFELTRO.....	48	POLY-VI-SOL/IRON.....	218
<i>perphenazine</i>	159	<i>pilocarpine hcl</i>	115, 232	<i>poly-vita</i>	218
<i>petrolatum</i>	68	PILOT COVID-19 AT-HOME TEST . 53		<i>poly-vitaliron</i>	218
<i>petrolatum white</i>	68	<i>pimecrolimus</i>	246	<i>poly-vite pediatric</i>	218
<i>petroleum jelly</i>	68	<i>pimozide</i>	159	<i>poly-viteliron</i>	218
PFCB.....	68	PIMTREA.....	76	<i>pomalidomide</i>	27
PFD 2.....	176	<i>pin-away</i>	53	POMALYST.....	28
PFD TODDLER.....	176	<i>pindolol</i>	61	PORTAGEN.....	177
PFIZERPEN.....	58	<i>pink bismuth</i>	92	PORTIA-28.....	76
<i>pharbechlor</i>	126	<i>pink bismuth maximum strength</i> 92		<i>posaconazole</i>	50
<i>pharbedryl</i>	126	<i>pinworm medicine</i>	53	<i>potassium chloride</i>	181
PHARBETOL.....	45	<i>pioglitazone hcl</i>	81	<i>potassium chloride crys er</i>	181
PHARBETOL EXTRA STRENGTH. 45		<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> 81		<i>potassium chloride er</i>	181
PHARMABASE ANTIOXIDANT..... 68		<i>piperacillin sod-tazobactam so</i> 58		<i>potassium chloride in nacl</i>	180
PHARMABASE COSMETIC.....	68	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)..... 24		<i>potassium citrate er</i>	108
PHARMABASE COSMETIC		PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)..... 24		<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	181
NATURAL.....	68	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)..... 24		<i>potassium hydroxide</i>	68
PHARMABASE HEAVY.....	68	<i>pirfenidone</i>	131	<i>povidone-iodine</i>	246
PHARMABASE LIGHT.....	68	<i>piroxicam</i>	37	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	153
PHARMABASE VAGINAL.....	68	PIVOT 1.5 CAL.....	176	<i>prasugrel hcl</i>	114
<i>pharmacist choice d-vitamin</i> 218		PKU 2.....	176	<i>pravastatin sodium</i>	60
PHAZYME.....	95	PKU 3.....	176	<i>praziquantel</i>	53
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH 95		PKU AIR20 GOLD.....	176	<i>prazosin hcl</i>	59
PHAZYME ULTRA STRENGTH..... 95		PKU AIR20 GREEN.....	176	<i>prednisolone</i>	85
<i>phendimetrazine tartrate</i>	86	PKU AIR20 YELLOW.....	176	<i>prednisolone acetate</i>	116
<i>phenelzine sulfate</i>	157	PKU COOLER 10.....	176	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	
PHENEX-1.....	176	PKU COOLER 15.....	176	.....	85, 116
PHENEX-2.....	176	PKU COOLER 20.....	177	<i>prednisone</i>	85
<i>phenobarbital</i>	152	PKU EASY SHAKE & GO.....	177	PREDNISONE INTENSOL.....	85
<i>phenobarbital sodium</i>	163	PKU LOPHLEX LQ 20.....	177	<i>preferred plus insulin syringe</i>	79
<i>phenol</i>	246	PKU PERIFLEX EARLY YEARS... 177		<i>pregabalin</i>	152
<i>phentermine hcl</i>	86	PKU PERIFLEX JUNIOR PLUS... 177		<i>pregenna</i>	219
<i>phentermine-topiramate er</i>	86	PKU SPHERE 20.....	177	PREMASOL.....	190
PHENYLADE DRINK MIX.....	176	PKU SPHERE NEXT 15.....	177	PREMESISRX.....	219
PHENYLADE ESSENTIAL DRINK		PKU START.....	177	PRENATABS RX.....	219
MIX.....	176	<i>pku trio</i>	177	<i>prenatal</i>	181, 219
PHENYLADE ESSENTIAL		PLENAMINE.....	190	<i>prenatal (wliron & fa)</i>	219
MIX/FIBER.....	176	PLENVU.....	103	<i>prenatal 19</i>	219
PHENYLADE GMP.....	176	<i>pnv 27-calfalfa</i>	218	<i>prenatal complete</i>	219
PHENYLADE GMP MIX		<i>pnv prenatal plus multivitamin</i> 218		<i>prenatal formula</i>	219
DHA/FIBER.....	176	<i>pnv tabs 20-1</i>	218	<i>prenatal formula a-free</i>	219
PHENYLADE GMP MIX-IN.....	176	<i>pnv-select</i>	218	<i>prenatal forte</i>	219
PHENYLADE GMP READY.....	176	POCKET CHAMBER.....	131	<i>prenatal multi +dha</i>	219
PHENYLADE RTD PKU 10.....	176	POCKET SPACER.....	131	PRENATAL MULTIVITAMIN +	
PHENYLADE60 DRINK MIX.....	176	<i>podofilox</i>	246	DHA.....	219
<i>phenylephrine hcl</i>	144	<i>poly bacitracin</i>	234	<i>prenatal multivitamin plus dha</i>	219
<i>phenylephrine-dm-gg</i>	144	POLYCAL.....	177	<i>prenatal one daily</i>	219
PHENYL-FREE 2.....	176	<i>polyethylene glycol 3350</i> 68, 103		<i>prenatal plus</i>	219
PHENYL-FREE 2HP.....	176	POLY-IRON 150.....	113	<i>prenatal plus vitamin/mineral</i>	219

<i>prenatal vitamin and mineral</i>	219	<i>promethazine-codeine</i>	144	<i>qc acetaminophen 8hr musc ache</i> ...	45
<i>prenatal vitamins</i>	219	<i>promethazine-dm</i>	144	<i>qc acetaminophen infants</i>	45
<i>prenatal/iron</i>	219	PROMOD.....	177	<i>qc all day allergy</i>	126
<i>prenatal+dha</i>	219	PROMOTE.....	177	<i>qc allergy childrens</i>	126
PRENATE AM.....	219	PROMOTE 1.0.....	177	<i>qc allergy relief</i>	126
PRENATE ELITE.....	219	PROMOTE 1.0 WITH FIBER.....	177	<i>qc allergy relief childrens</i>	126
PRENATOL-M.....	219	PROMOTE/FIBER.....	177	<i>qc antacid</i>	90
<i>pres gen</i>	144	<i>propafenone hcl</i>	60	<i>qc antacid & pain relief</i>	45
<i>pres gen pediatric</i>	144	<i>propafenone hcl er</i>	60	<i>qc antacid/anti-gas</i>	90
<i>prescription support multivit</i>	219	<i>proparacaine hcl</i>	118	<i>qc anti-diarrheal</i>	92
PRESERVISION AREDS.....	219	PRO-PHREE.....	177	<i>qc antifungal (tolnaftate)</i>	237
PRESERVISION AREDS 2.....	219	PROPIMEX-1.....	177	<i>qc anti-gas</i>	95
PRESERVISION AREDS 2+MULTI		PROPIMEX-2.....	177	<i>qc anti-itch extra strength</i>	246
VIT.....	219	<i>propranolol hcl</i>	61	<i>qc antiseptic skin cleanser</i>	246
PRESERVISION/LUTEIN.....	219	<i>propranolol hcl er</i>	61	<i>qc arthritis pain relief</i>	46
PRETTY FEET/HANDS.....	246	<i>propylthiouracil</i>	70	<i>qc artificial tears</i>	118
PREVALITE.....	60, 61	PROQUAD.....	34	<i>qc aspirin</i>	46
<i>prevent</i>	219	PRORENAL + D.....	220	<i>qc aspirin low dose</i>	46
PREVIDENT.....	232	PRORENAL + D W/ OMEGA-3.....	220	<i>qc athletes foot</i>	237
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH.....	232	PROSIGHT.....	220	<i>qc b12</i>	220
PREVIDENT 5000 PLUS.....	232	PROSOL.....	190	<i>qc bacitracin</i>	234
<i>prev-rx</i>	219	PROSOURCE.....	177	<i>qc bacitracin zinc</i>	234
PREVYMIS.....	55	PROSOURCE PLUS.....	177	<i>qc biotin</i>	220
PREZCOBIX.....	50	PROSOURCE TF.....	177	<i>qc calamine</i>	246
PREZISTA.....	48	PROSOURCE XTRACAL.....	177	<i>qc calcium 500mg-d3</i>	188
PRIFTIN.....	49	PROSOURCE ZAC.....	177	<i>qc calcium fast dissolution</i>	188
<i>primaquine phosphate</i>	54	PROSTEON.....	188	<i>qc cetirizine allergy relief</i>	126
<i>primidone</i>	152	PROSURE.....	177	<i>qc childrens aspirin</i>	46
PRIORIX.....	34	PROTALITY.....	177	<i>qc childrens complete</i>	220
PRIVIGEN.....	31	PROTECT CARDIO AF.....	220	<i>qc childrens vitamins/extra c</i>	220
<i>pro comfort spacer adult</i>	131	PROTECT PLUS SO.....	220	<i>qc childrens vitamins/iron</i>	220
<i>pro comfort spacer child</i>	131	PROTEGRA.....	220	<i>qc chlor-pheniramine</i>	126
<i>pro comfort spacer infant</i>	131	<i>protriptyline hcl</i>	157	<i>qc clotrimazole</i>	108, 237
<i>pro hers rx</i>	219	PROVIMIN.....	177	<i>qc co q-10</i>	177
<i>pro his rx</i>	219	PROVIT.....	220	<i>qc cod liver oil</i>	220
<i>pro pcos rx</i>	220	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	144	<i>qc complete allergy medicine</i>	126
<i>probenecid</i>	48	<i>pseudoephedrine hcl</i>	144	<i>qc daily multivit/multimineral</i>	220
<i>probiotics + bariatric multi</i>	220	<i>pseudoephedrine hcl er</i>	144	<i>qc daily multivitamins/iron</i>	220
PRO-CAL.....	220	<i>p-siloxan ds</i>	68	<i>qc diarrhea relief</i>	92
<i>procare spacer/adult mask</i>	131	<i>psyldex</i>	103	<i>qc docusate calcium</i>	103
<i>procare spacer/child mask</i>	132	<i>psyllium fiber</i>	103	<i>qc ear wax removal</i>	248
PROCERV HP.....	220	PULMOCARE.....	177	<i>qc earwax removal</i>	248
<i>prochamber vhc</i>	132	PULMOCARE 1.5.....	177	<i>qc earwax removal kit</i>	248
<i>prochlorperazine</i>	93	PULMOSAL.....	145	<i>qc enema</i>	103
<i>prochlorperazine edisylate</i>	93	PULMOZYME.....	132	<i>qc enteric aspirin</i>	46
<i>prochlorperazine maleate</i>	93	<i>pure calcium carbonate</i>	188	<i>qc epsom salt</i>	103
PROCRIT.....	110	<i>pure comfort spacer chamber</i>	132	<i>qc essentials</i>	220
PROCTOCORT.....	246	PURECARB.....	177	<i>qc ferrous sulfate</i>	113
PROCTO-MED HC.....	246	<i>purevit dualfe plus</i>	113	<i>qc fiber</i>	104
PROCTOSOL HC.....	246	<i>push 20+ advanced</i>	177	<i>qc fiber laxative</i>	103
PROCTOZONE-B.....	103	<i>pyrazinamide</i>	49	<i>qc fiber therapy</i>	104
PROCTOZONE-HC.....	246	<i>pyridostigmine bromide</i>	161	<i>qc folic acid</i>	220
<i>pro-ex antifungal</i>	237	<i>pyridoxine hcl</i>	220	<i>qc gas relief</i>	95
<i>progesterone</i>	86	<i>pyrimethamine</i>	53	<i>qc gas relief extra strength</i>	95
PROGRAF.....	32	PYZCHIVA.....	29	<i>qc gas relief infants</i>	95
PROLASTIN-C.....	132	<i>qc 8 hour arthritis pain</i>	45	<i>qc gentle laxative</i>	104
PROLAXA.....	103	<i>qc 8 hour pain relief</i>	45	<i>qc gentle laxative womens</i>	104
PROLIA.....	86	<i>qc acetaminophen 8 hours</i>	45	<i>qc glycerin</i>	104
<i>promethazine hcl</i>	93	<i>qc acetaminophen 8hr arth pain</i>	45	<i>qc hair skin & nails</i>	220

qc ibuprofen.....	37	qc triple antibiotic pain rlf.....	234	ra antifungal foot care.....	238
qc ibuprofen ib.....	37	qc tussin cf adult.....	145	ra anti-itch skin protectant.....	246
qc laxative.....	104	qc tussin dm cough/congestion.....	145	ra antiseptic.....	246
qc lidocaine pain relief.....	246	qc urinary pain relief.....	53	ra antiseptic skin cleanser.....	247
qc loratadine allergy relief.....	126	qc vapor inhaler.....	145	ra arthritis pain relief.....	46
qc loratadine-d.....	145	qc vegetable laxative.....	104	ra aspirin.....	46
qc lubricant eye drops.....	118	qc vitamin b1.....	220	ra aspirin adult low dose.....	46
qc magnesium.....	90	qc vitamin b12.....	220	ra aspirin adult low strength.....	46
qc medifin mucus relief child.....	145	qc vitamin b6.....	220	ra aspirin childrens.....	46
qc melatonin max st.....	177	qc vitamin c.....	220	ra aspirin ec.....	46
qc mens daily multivitamin.....	220	qc vitamin c with rose hips.....	220	ra aspirin ec adult low st.....	46
qc menstrual complete max st.....	46	qc vitamin d3.....	221	ra athletes foot.....	238
qc miconazole 7.....	108	qc vitamin e.....	221	ra bacitracin.....	234
qc milk of magnesia.....	104	qc womens daily multivitamin.....	221	ra bacitracin zinc first aid.....	234
qc mucus & cough relief child.....	145	qc zinc.....	188	ra balanced b-100.....	221
qc mucus relief.....	145	qc zinc oxide.....	246	ra balanced b-50.....	221
qc mucus relief childrens.....	145	QINLOCK.....	24	ra b-complex.....	221
qc mucus relief dm max.....	145	QLEARQUIL.....	145	ra b-complex with b-12.....	221
qc mucus relief er.....	145	Q-SORB CO Q-10.....	177	ra biotin.....	221
qc mucus relief max st.....	145	QSYMIA.....	86	ra calcium 600.....	188
qc mucus relief severe con/cgh.....	145	QUADRACEL.....	34	ra calcium 600/vitamin d-3.....	189
qc multi-vite.....	220	quetiapine fumarate.....	159	ra calcium cit plus vit d-3.....	189
qc multi-vite 50 & over.....	220	quetiapine fumarate er.....	159	ra calcium citrate plus vit d.....	189
qc nasal decongestant pe.....	145	QUFLORA FE.....	221	ra calcium cit-vit d-3 petites.....	189
qc nasal mist no drip.....	145	QUFLORA FE PEDIATRIC.....	221	ra calcium plus vitamin d.....	189
qc nasal spray.....	145	QUFLORA PEDIATRIC.....	221	ra calcium plus vitamin d3.....	189
qc natural vegetable.....	104	QUICKVUE AT-HOME COVID-19		RA CENTRAL-VITE.....	221
qc natura-lax.....	104	TEST.....	53	ra central-vite mens mature.....	221
qc niacin.....	220	quin b strong.....	221	ra central-vite womens mature.....	221
qc nicotine transdermal system.....	165	quin b strong b-25.....	221	ra cetiri-d.....	145
qc no drip extra moisturizing.....	145	quinapril hcl.....	65	ra childrens fever/pain.....	46
qc no drip nasal relief.....	145	quinidine sulfate.....	60	ra chlorpheniramine maleate.....	126
qc no drip original 12 hours.....	145	quinine sulfate.....	54	ra clotrimazole.....	238
qc non-aspirin 8 hour.....	46	quintabs.....	221	ra clotrimazole 7.....	108
qc non-aspirin childrens.....	46	quintabs-m.....	221	ra coenzyme q-10.....	178
qc non-aspirin extra strength.....	46	QULIPTA.....	162	ra col-rite.....	104
QC OCUHEALTH VISION		ra 12 hour nasal spray.....	145	ra complete allergy.....	126
SUPPORT 2.....	220	ra 2-in-1 lax/stool softener.....	104	ra cough dm.....	145
qc oral pain relieving.....	232	ra 8 hour pain relief.....	46	ra decongestant inhaler.....	145
qc pain relief.....	46	ra acetaminophen.....	46	RA DIPHEDRYL ALLERGY.....	126
qc pain relief childrens.....	46	ra acetaminophen childrens.....	46	ra double antibiotic.....	235
qc pain relief extra strength.....	46	ra acetaminophen ex st.....	46	ra dry mouth.....	232
qc petroleum jelly.....	68	ra allergy.....	126, 246	ra ear drops.....	248
qc pink bismuth.....	92	ra allergy medication.....	126	ra earwax removal kit.....	248
qc povidone iodine.....	246	ra allergy relf & nasal decong.....	145	ra enema.....	104
qc prenatal.....	220	ra allergy relief.....	126	ra epsom salt.....	104
qc psyllium fiber.....	104	ra allergy relief (cetirizine).....	126	ra ethyl rubbing alcohol.....	68
qc senna.....	104	ra allergy relief (loratadine).....	126	ra eye allergy relief.....	114
qc senna-s.....	104	ra allergy relief childrens.....	126	ra fast relief laxative.....	104
qc stomach relief.....	92	ra allergy rlf/nasal decongest.....	145	ra fever reducer/pain reliever.....	46
qc stomach relief ultra.....	92	ra allergy/congestion relief.....	145	ra folic acid.....	221
qc stool softener.....	104	ra allergy/congestion relief-d.....	145	ra foot care (terbinafine).....	238
qc stool softener pls laxative.....	104	ra antacid.....	90	ra foot care (tolnaftate).....	238
qc suphedrine maximum strength.....	145	ra antacid/anti-gas.....	90	ra gas relief.....	95
qc therin-m.....	220	ra antacid/anti-gas max st.....	90	ra gas relief extra strength.....	95
qc tolnaftate.....	237	ra antacid/gas relief max st.....	90	ra gas relief ultra strength.....	95
qc triple antibiotic.....	234	ra antibiotic + pain relief.....	234	RA HI CAL.....	189
qc triple antibiotic max st.....	234	ra antibiotic/pain relief.....	234	ra high potency iron.....	113
qc triple antibiotic multi-act.....	234	ra anti-diarrheal.....	92	ra ibuprofen.....	37

<i>ra ibuprofen childrens</i>	37	<i>ra triple antibiotic</i>	235	REFRESH PLUS.....	119
<i>ra ibuprofen infants</i>	37	<i>ra tussin</i>	146	REFRESH RELIEVA.....	119
<i>ra ibuprofen junior strength</i>	37	<i>ra tussin cgh & cold mucus cf</i>	146	REFRESH RELIEVA PF.....	119
<i>ra iron</i>	113	<i>ra tussin cgh/chest congest dm</i>	146	REFRESH RELIEVA PF XTRA.....	119
<i>ra jock itch</i>	238	<i>ra tussin chest congestion</i>	146	REFRESH TEARS.....	119
<i>ra jock itch max st</i>	238	<i>ra tussin cough</i>	146	REFRESH TEARS PF.....	119
<i>ra laxative</i>	104	<i>ra tussin cough dm sugar free</i>	146	<i>regular nutritional shake</i>	178
<i>ra lice maximum strength</i>	240	<i>ra tussin cough/chest dm max</i>	146	REGULOID.....	104
<i>ra lice solution</i>	240	<i>ra tussin dm</i>	146	REHYDRALYTE.....	182
<i>ra lice treatment</i>	240	<i>ra vitamin a</i>	221	<i>relcare</i>	222
<i>ra lidocaine pain relieving</i>	247	<i>ra vitamin b-1</i>	221	RELENZA DISKHALER.....	55
<i>ra lorata-d</i>	146	<i>ra vitamin b12</i>	221	RELGAABI.....	152
<i>ra loratadine</i>	126	<i>ra vitamin b-12</i>	221	RE-LIEVED MAXIMUM	
<i>ra lubricant eye</i>	118	<i>ra vitamin b-12 tr</i>	222	STRENGTH.....	247
<i>ra lubricant eye drops</i>	118	<i>ra vitamin b-6</i>	222	RELION GLUCOSE.....	70
<i>ra melatonin</i>	178	<i>ra vitamin c</i>	222	RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	79
<i>ra menstrual relief</i>	46	<i>ra vitamin c cr</i>	222	RELION KETONE TEST.....	83
<i>ra menthol nasal inhaler</i>	146	<i>ra vitamin c drops</i>	222	RELISTOR.....	95, 96
<i>ra miconazole 3 combo pack</i>	108	<i>ra vitamin c drops</i>	222	REMICADE.....	29
<i>ra miconazole 3 combo pack app</i> ..	108	<i>ra vitamin clacerola</i>	222	RENAL.....	222
<i>ra miconazole 7</i>	108	<i>ra vitamin c/rose hips</i>	222	<i>renal vitamin</i>	222
<i>ra micro-filtered sinus wash</i>	132	<i>ra vitamin d-3</i>	222	RENALCAL.....	178
<i>ra milk of magnesia</i>	104	<i>ra vitamin e</i>	222	RENAPLEX.....	222
<i>ra mineral oil</i>	104	<i>ra vitamin e natural</i>	222	RENAPLEX-D.....	222
<i>ra mini nicotine</i>	165	<i>ra vitamins complete childrens</i>	222	RENASTART.....	178
<i>ra mucus relief</i>	146	<i>ra womens laxative</i>	104	RENASTEP.....	178
<i>ra mucus relief dm</i>	146	<i>ra zinc</i>	189	<i>rena-vite</i>	222
<i>ra mucus relief max st</i>	146	<i>ra zinc oxide</i>	247	<i>rena-vite rx</i>	222
<i>ra multihealth fiber</i>	104	RABAVERT.....	34	RENFLEXIS.....	29
<i>ra nasal decongestant pe</i>	146	<i>rabeprazole sodium</i>	97	<i>reno caps</i>	222
<i>ra natural magnesium</i>	189	RADIANCE PLATINUM VITAMIN		<i>repaglinide</i>	81
<i>ra natural vitamin e</i>	221	D3.....	222	REPATHA.....	61
<i>ra niacin</i>	221	RALDESY.....	157	REPATHA SURECLICK.....	61
<i>ra nicotine</i>	165	<i>raloxifene hcl</i>	83	REPLETE.....	178
<i>ra nicotine gum</i>	165	<i>ramelteon</i>	161	REPLETE FIBER.....	178
<i>ra nicotine polacrilex</i>	165	<i>ramipril</i>	65	REPLETE FIBER 1 CAL.....	178
<i>ra no flush niacin</i>	221	<i>ranolazine er</i>	64	RESOURCE 2.0.....	178
<i>ra nose drops extra strength</i>	146	<i>rasagiline mesylate</i>	154	RESTA.....	247
<i>ra one daily maximum</i>	221	RE/NEPH.....	178	RESTASIS.....	119
<i>ra one daily mens 50+ w/vit d3</i>	221	RE/NEPH LP/HC.....	178	RESTASIS MULTIDOSE.....	119
<i>ra one daily mens multi</i>	221	RE/NEPH REDUCED SUGAR.....	178	RESTORA RX.....	92
<i>ra one daily mens/vit d-3</i>	221	REALITY LATEX CONDOMS.....	76	<i>restore fusion renal support</i>	178
<i>ra p col-rite</i>	104	REALITY LATEX/ULTRA		<i>restore renal support</i>	178
<i>ra pain relief acetaminophen</i>	46	TEXTURED.....	76	RETAINE CMC.....	119
<i>ra pain relief aspirin</i>	46	REALITY LATEX/ULTRA THIN.....	76	RETAINE VISION.....	222
<i>ra pain relief ibuprofen</i>	37	REASON.....	178	RETEVMO.....	24
<i>ra pain reliever ex st</i>	47	RECLIPSEN.....	76	REVCovi.....	83
<i>ra pain relieving</i>	247	RECOMBIVAX HB.....	34	REVUFORJ.....	24
<i>ra pediatric electrolyte</i>	182	<i>reeses pinworm medicine</i>	53	REXULTI.....	159
<i>ra prenatal</i>	221	REFRESH.....	118	REYATAZ.....	48
<i>ra prenatal formula</i>	221	REFRESH CELLUVISC.....	118	REZDIFFRA.....	83
<i>ra sinus wash nasal relief</i>	132	REFRESH DIGITAL.....	118	REZLIDHIA.....	24
<i>ra sinus wash neti pot</i>	132	REFRESH DIGITAL PF.....	118	REZUROCK.....	32
<i>ra sinus/congestion relief</i>	146	REFRESH LIQUIGEL.....	118	RHOPRESSA.....	115
<i>ra sinus/congestion relief pe</i>	146	REFRESH OPTIVE.....	119	<i>ribavirin</i>	55
<i>ra slow release iron</i>	113	REFRESH OPTIVE ADVANCED...118		RID LICE KILLING SHAMPOO.....	240
<i>ra stomach relief</i>	92	REFRESH OPTIVE ADVANCED		<i>rifabutin</i>	49
<i>ra stool softener</i>	104	PF.....	119	<i>rifampin</i>	49
<i>ra suphedrine</i>	146	REFRESH OPTIVE MEGA-3.....	119	<i>right step prenatal</i>	222
		REFRESH OPTIVE PF.....	119		

<i>rilpivirine hcl</i>	48	SAFETUSSIN DM COUGH/CHEST		<i>sb pain reliever ex st</i>	47
<i>riluzole</i>	161	CONG.....	147	<i>sb pediatric electrolyte</i>	182
<i>rimantadine hcl</i>	55	SAJAZIR.....	110	<i>sb polyethylene glycol 3350</i>	105
RINVOQ.....	29	<i>saline</i>	132	<i>sb povidone-iodine</i>	247
RINVOQ LQ.....	29	SALONPAS PAIN RELIEVING.....	247	<i>sb senna-lax</i>	105
RISABAL-PH.....	247	<i>salt durable cream</i>	68	<i>sb sinus relief</i>	147
<i>risedronate sodium</i>	87	SALT STABLE LS ADVANCED.....	68	<i>sb stool softener</i>	105
<i>risperidone</i>	160	SALTSTABLE LO.....	68	<i>sb triple antibiotic</i>	235
<i>risperidone microspheres er</i>	160	SANTYL.....	233	<i>sb vitamin c</i>	222
RITEFLO.....	132	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	83	SCANDICAL.....	178
<i>ritonavir</i>	48	<i>sb 12hr nasal spray</i>	147	SCANDISHAKE.....	178
<i>rivaroxaban</i>	109	<i>sb allergy</i>	127	<i>scar care</i>	68
<i>rivastigmine</i>	155	<i>sb allergy medicine</i>	127	SCEMBLIX.....	24
<i>rivastigmine tartrate</i>	155	<i>sb allergy relief</i>	127	<i>scopolamine</i>	93
RIVELSA.....	76	<i>sb allergy relief/nasal decong</i>	147	<i>scot-tussin expectorant</i>	147
<i>rizatriptan benzoate</i>	162	<i>sb antacid</i>	90	SCOT-TUSSIN SENIOR.....	147
<i>robafen cf multi-symptom cold</i>	146	<i>sb antacid anti-gas</i>	90	SCRUB CARE POVIDONE-	
ROBAFEN DM.....	146	<i>sb anti-diarrhea</i>	92	IODINE.....	247
ROBAFEN DM CGH/CHEST		<i>sb anti-fungal</i>	238	SECUADO.....	160
CONGEST.....	146	<i>sb anti-gas</i>	96	SECURA ANTIFUNGAL EXTRA	
ROBAFEN DM COUGH.....	146	<i>sb arthritis pain relief</i>	47	THICK.....	238
ROBAFEN MUCUS/CHEST		<i>sb aspirin</i>	47	<i>selegiline hcl</i>	154
CONGESTION.....	146	<i>sb aspirin ec</i>	47	<i>selenious acid</i>	190
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH..	146	<i>sb bacitracin</i>	235	<i>selenium sulfide</i>	238
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH		<i>sb bisacodyl laxative ec</i>	104	SELZENTRY.....	49
CHILD.....	146	<i>sb bismuth</i>	92	<i>se-natal 19</i>	222
ROBITUSSIN CHILD		<i>sb calcium + d</i>	189	<i>senexon-s</i>	105
COUGH/COLD CF.....	147	<i>sb cetirizine hcl childrens</i>	127	<i>senior tabs</i>	222
ROBITUSSIN COUGH & CHEST		<i>sb childrens aspirin</i>	47	<i>senna</i>	105
ADULT.....	147	<i>sb chlorpheniramine</i>	127	<i>senna laxative</i>	105
ROBITUSSIN COUGH & CHEST		<i>sb clotrimazole foot</i>	238	<i>senna plus</i>	105
CHILD.....	147	<i>sb complete nutrition</i>	178	<i>senna s</i>	105
ROBITUSSIN COUGH+CHEST		<i>sb complete nutrition plus</i>	178	SENNASMOOTH.....	105
CONG DM.....	147	<i>sb cough control</i>	147	<i>senna-docusate sodium</i>	105
ROBITUSSIN HONEY		<i>sb cough control cf</i>	147	<i>senna-lax</i>	105
CGH/CHEST DM.....	147	<i>sb cough tab</i>	147	<i>senna-plus</i>	105
ROBITUSSIN LONG-ACT		<i>sb docusate sodium</i>	104	<i>senna-s</i>	105
COUGHGELS.....	147	<i>sb docusate sodium/senna</i>	104	<i>senna-tabs</i>	105
ROBITUSSIN PEAK COLD MULTI-		<i>sb fib lax orange</i>	104	<i>senna-time</i>	105
SYM.....	147	<i>sb fiber laxative</i>	104	<i>senna-time s</i>	105
ROCKLATAN.....	115	<i>sb gas relief</i>	96	<i>sennazon</i>	105
<i>roflumilast</i>	132	<i>sb gentle lax-women</i>	104	<i>sennosides</i>	105
ROMVIMZA.....	24	<i>sb glycerin adult</i>	105	<i>sennosides-docusate sodium</i>	105
<i>ropinirole hcl</i>	154	<i>sb glycerin pediatric</i>	105	SENOKOT.....	105
<i>rosuvastatin calcium</i>	60	<i>sb ibuprofen</i>	37	SENOKOT EXTRA STRENGTH....	105
ROSYRAH.....	76	<i>sb infants ibuprofen</i>	37	SENOKOT KIDS GUMMIES.....	105
ROTARIX.....	34	<i>sb laxative</i>	105	SENOKOT LAXATIVE GUMMIES..	105
ROTATEQ.....	34	<i>sb lice killing max st</i>	240	SENOKOT S.....	105
ROWEEPRA.....	152	<i>sb lice treatment</i>	240	<i>sentry</i>	222
ROZLYTREK.....	24	<i>sb loratadine</i>	127	<i>sentry senior</i>	222
RUBRACA.....	24	<i>sb loratadine allergy relief</i>	127	<i>sentry senior mens 50+</i>	222
<i>rufinamide</i>	152	<i>sb low dose asa ec</i>	47	<i>sentry senior/lutein</i>	222
RUKOBIA.....	48	<i>sb milk of magnesia</i>	105	SERACAL.....	178
RYBELSUS.....	81	<i>sb nasal spray no-drip</i>	147	SEREVENT DISKUS.....	128
RYDAPT.....	24	<i>sb natural fiber laxative</i>	105	<i>sertraline hcl</i>	157
<i>rydex g</i>	147	<i>sb non-aspirin</i>	47	<i>se-tan plus</i>	113
<i>rynex pse</i>	147	<i>sb non-aspirin extra strength</i>	47	SETLAKIN.....	76
<i>sa3 derm</i>	68	<i>sb oyster shell calcium</i>	189	<i>sf</i>	232
<i>sacubitril-valsartan</i>	63	<i>sb pain reliever childrens</i>	47	<i>sf 5000 plus</i>	232

SHAROBEL.....	76	sodium phenylbutyrate.....	83	streptomycin sulfate.....	53
SHINGRIX.....	34	sodium phosphates.....	189	stress b complex/antioxid/zinc.....	223
SIGNIFOR.....	83	sodium polystyrene sulfonate.....	71	stress b complex/iron.....	223
SIKLOS.....	110	sol carb.....	178	stress formula.....	223
sildenafil citrate.....	65	solifenacin succinate.....	106	stress formula (folic acid).....	223
silprotex plus.....	68	SOLIQUA.....	79	stress formula/iron.....	223
siltussin sa.....	147	solo.....	223	stress formula/zinc/energy.....	223
silver sulfadiazine.....	235	SOLTAMOX.....	19	STRESSTABS ADVANCED.....	223
SIMBRINZA.....	115	SOLU-CORTEF.....	85	STRESSTABS ENERGY.....	223
simeped.....	96	SOLUVITA ACD WITH FLUORIDE.....	223	STRIBILD.....	50
simethicone.....	96	SOLUVITA WITH FLUORIDE.....	223	STROVITE ONE.....	223
simethicone drops infants.....	96	SOMATULINE DEPOT.....	84	STUART ONE.....	223
simethicone extra strength.....	96	SOMAVERT.....	84	STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN.....	247
simethicone ultra strength.....	96	SOOTHE.....	92	STYE.....	119
SIMLIYA.....	76	SOOTHE HYDRATION.....	119	SUBVENITE.....	152
SIMPESSE.....	76	SOOTHE MAXIMUM STRENGTH.....	92	sucralfate.....	96
simvastatin.....	60	SOOTHE XP.....	119	SUDAFED.....	147
SINUCLEANSE NETI POT.....	132	SOOTHE XP XTRA PROTECTION.....	119	SUDAFED 12 HOUR.....	147
SINUCLEANSE REFILL.....	132	.....	119	SUDAFED PE SINUS.....	148
SINUGATOR NASAL WASH.....	132	sorafenib tosylate.....	24	CONGESTION.....	148
sinus nasal spray.....	147	SORBUGEN NR.....	147	SUDAFED SINUS CONGESTION.....	148
sinus relief.....	147	sorbutuss nr.....	147	SUDAFED SINUS CONGESTION.....	148
sinus relief extra strength.....	147	sotalol hcl.....	60	12HR.....	148
sinus relief mist.....	147	sotalol hcl (af).....	60	SUDAFED SINUS CONGESTION.....	148
sinus wash squeeze bottle.....	132	SOTYKTU.....	29	24HR.....	148
sirolimus.....	32	span c.....	223	SUDOGEST.....	148
SIRTURO.....	49	SPATONE PUR-ABSORB IRON.....	114	SUDOGEST MAXIMUM.....	148
skin hair & nails advanced.....	222	special care.....	247	STRENGTH.....	148
SKYRIZI.....	29	SPECTRAVITE.....	223	SUDOGEST PE.....	148
SKYRIZI PEN.....	29	SPEEDY SWAB COVID-19.....	53	sulfacetamide sodium.....	116
skyy derm.....	68	ANTIGEN.....	120	sulfacetamide sodium (acne).....	233
SLO-NIACIN.....	222	SPIRIVA RESPIMAT.....	59	sulfacetamide-prednisolone.....	115
SLOW FE.....	113	spironolactone.....	64	sulfadiazine.....	53
slow iron.....	113	spironolactone-hctz.....	64	sulfamethoxazole-trimethoprim.....	53
slow release iron.....	113	SPONGEBOB SQUAREPANTS.....	223	SULFAMYLON.....	235
SLOW-MAG.....	189	GUMMIES.....	76	sulfasalazine.....	97
SLOWMAG MG MUSCLE/HEART.....	189	SPRINTEC 28.....	152, 163	sulindac.....	37
sm allergy relief.....	127	SPRITAM.....	71	sumatriptan.....	162
sm aspirin ec.....	47	SPS (SODIUM POLYSTYRENE.....	162	sumatriptan succinate.....	162
sm ear drops.....	248	SULF).....	71	sunitinib malate.....	24
sm ibuprofen ib.....	37	squeeze bottle sinus wash.....	132	SUNKIST VITAMIN C.....	223
sm loratadine.....	127	SRONYX.....	76	SUNLENCA.....	49
sm nicotine.....	165	SSD.....	235	super antioxidant.....	223
sm nicotine polacrilex.....	165	ST JOSEPH ASPIRIN.....	47	super antioxidants protector.....	223
sm pediatric electrolyte.....	182	ST JOSEPH LOW DOSE.....	47	super aytinal.....	223
sm petroleum jelly.....	68	STELARA.....	29	super aytinal 50 plus.....	223
sm tussin cough/chest congest.....	147	sterile water for irrigation.....	233	super b complex/fal/vit c.....	223
sm vitamin d3.....	222	stevia extract.....	69	super b complex/vitamin c.....	223
SMARTY PANTS KIDS.....	223	stimulant laxative.....	105	super b-complex.....	223
COMPLETE.....	105	STIVARGA.....	24	super b-complex + vitamin c.....	223
SMOOTH LAX.....	105	stomach relief.....	92	super b-complex/vit c/fa.....	223
sod phos mono-sod phos dibasic..	105	stomach relief extra strength.....	92	super biotin.....	223
sodium bicarbonate.....	90	stomach relief plus.....	92	super calcium.....	189
sodium chloride.....	147, 181, 233	stomach relief ultra.....	92	super daily d3.....	223
sodium chloride (hypertonic).....	119	stool softener.....	106	SUPER DEC B-100.....	223
sodium fluoride.....	181, 189, 232	stool softener laxative.....	106	super d-zinc-selenium-copper.....	223
sodium fluoride 5000 plus.....	232	stool softener plus laxative.....	106	SUPER QUINTS B-50.....	223
sodium fluoride 5000 ppm.....	232	stool softener/laxative.....	106	super thera vite m.....	223
sodium oxybate.....	162	stop lice complete treatment.....	240	super vita-mins.....	223

<i>superior mens multi</i>	224	TAVNEOS.....	110	THERATEARS.....	120
<i>superior womens multi</i>	224	<i>tazarotene</i>	238	THERATEARS EXTRA.....	120
<i>suphedrine 12hour</i>	148	TAZICEF.....	56	THERATEARS NIGHTTIME.....	120
SUPLENA.....	178	TECENTRIQ.....	25	THERATRUM COMPLETE.....	225
SUPLENA 1.8/CARBSTEADY.....	178	TECENTRIQ HYBREZA.....	24	THERATRUM COMPLETE 50	
SUPLENA/CARB STEADY.....	178	<i>teeny tummy gas relief drops</i>	96	PLUS.....	225
<i>support</i>	224	TEFLARO.....	56	<i>thera-vite max-m</i>	225
SUPPORT-500.....	224	<i>telmisartan</i>	59	THEREMS.....	225
<i>supress dm pediatric</i>	148	<i>telmisartan-amlodipine</i>	63	<i>thiamine hcl</i>	225
<i>supress-dx pediatric</i>	148	<i>telmisartan-hctz</i>	63	<i>thiamine mononitrate</i>	225
SURFAK.....	106	<i>temazepam</i>	162	THICK-IT THICKENED	
<i>sv b12</i>	224	TENIVAC.....	34	CRANBERRY.....	178
<i>sv b12 extra strength</i>	224	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	49	<i>thioridazine hcl</i>	160
<i>sv iron</i>	114	<i>teo-tus</i>	148	<i>thiothixene</i>	160
<i>sv magnesium</i>	189	TEPMETKO.....	25	<i>thrivacin 30</i>	178
<i>sv melatonin</i>	178	<i>terazosin hcl</i>	59	<i>thrivacin detox</i>	178
<i>sv vitamin b-12 er</i>	224	<i>terbinafine hcl</i>	50, 238	THRIVE.....	165
<i>sv vitamin d3</i>	224	<i>terbutaline sulfate</i>	128	THRIVE FOR LIFE WOMENS.....	225
SWEET CHEEKS.....	70	<i>terconazole</i>	108	<i>thrivite rx</i>	225
SYEDA.....	76	<i>teriparatide</i>	87	TIADYLT ER.....	62
SYMDEKO.....	132	<i>teroderm</i>	69	<i>tiagabine hcl</i>	152
SYMPAZAN.....	152	<i>teroderm-plus</i>	69	TIBSOVO.....	25
SYMTUZA.....	50	<i>testosterone</i>	71	<i>ticagrelor</i>	114
SYNAREL.....	84	<i>testosterone cypionate</i>	71	TICOVAC.....	34
SYNDROS.....	93	<i>testosterone enanthate</i>	71	<i>tigecycline</i>	59
<i>synertropin</i>	224	<i>tetrabenazine</i>	161	TILIA FE.....	76
SYNTHROID.....	70	<i>tetracycline hcl</i>	59	<i>timolol maleate</i>	61, 115
SYRSPEND SF.....	69	THALOMID.....	28	TINACTIN.....	238
SYSTANE.....	119	THE MAGIC BULLET.....	106	TINEACIDE.....	238
SYSTANE BALANCE.....	119	<i>theophylline</i>	132	<i>tinidazole</i>	53
SYSTANE COMPLETE.....	119	<i>theophylline er</i>	132	TIVICAY.....	49
SYSTANE CONTACTS.....	119	THERA.....	224	TIVICAY PD.....	49
SYSTANE HYDRATION PF.....	119	<i>thera vital m</i>	224	<i>tizanidine hcl</i>	154
SYSTANE ICAPS AREDS2.....	224	<i>thera vital-m</i>	224	<i>tm-daily vite</i>	225
SYSTANE PRESERVATIVE FREE		<i>therabasic-m</i>	224	<i>tm-vite rx</i>	225
.....	119	THERACAL D2000.....	189	TOBI PODHALER.....	53
SYSTANE ULTRA.....	120	THERACAL D4000.....	189	TOBRADEX.....	115
SYSTANE ULTRA PF.....	120	THERACAL RAPID REPLETION..	189	<i>tobramycin</i>	53, 116
TAB-A-VITE.....	224	<i>theracare lidocaine max str</i>	247	<i>tobramycin sulfate</i>	53
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE.....	224	<i>theracare pain relief</i>	247	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	115
TAB-A-VITE/IRON.....	224	THERA-D 2000.....	224	<i>toco-sorb</i>	225
TAB-A-VITE/IRON/BETA		THERA-D 4000.....	224	<i>tolnaftate</i>	238
CAROTENE.....	224	THERA-D RAPID REPLETION.....	224	<i>tolnaftate antifungal</i>	238
TABLOID.....	26	THERAGRAN-M.....	224	<i>tolterodine tartrate</i>	106
TABRECTA.....	24	THERAGRAN-M ADVANCED.....	224	<i>tolterodine tartrate er</i>	106
<i>tacrolimus</i>	32, 247	THERAGRAN-M ADVANCED 50		<i>tolvaptan</i>	84
<i>tacrolimus er</i>	32	PLUS.....	224	<i>topiramate</i>	152
<i>tadalafil</i>	108	THERAGRAN-M PREMIER.....	224	<i>toremifene citrate</i>	19
<i>tadalafil (pah)</i>	65	THERAGRAN-M PREMIER 50		TORPENZ.....	25
TAFINLAR.....	24	PLUS.....	224	<i>torse mide</i>	64
TAGRISSO.....	24	<i>thera-m plus mv w/beta-carot</i>	224	<i>total allergy</i>	127
TALZENNA.....	24	THERAMILL FORTE.....	224	TOTAL ALLERGY MEDICINE.....	127
<i>tamoxifen citrate</i>	19	THERANATAL CORE NUTRITION.....	224	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	79
<i>tamsulosin hcl</i>	108	THERANATAL LACTATION ONE.....	224	TOUJEO SOLOSTAR.....	80
TANDEM.....	114	<i>therapeutic formula/hematinics</i>	224	TPN ELECTROLYTES.....	181
TANDEM PLUS.....	114	<i>therapeutic moisturizing</i>	247	TRADJENTA.....	81
TARINA 24 FE.....	76	<i>therapeutic-m</i>	224	TRALEMENT.....	190
TARINA FE 1/20 EQ.....	76	<i>thera-tabs</i>	225	<i>tramadol hcl</i>	38
<i>tasimelteon</i>	162	<i>thera-tabs m</i>	225	<i>tramadol-acetaminophen</i>	38

<i>trandolapril</i>	65	TROJAN MAGNUM.....	77	TUSICOF.....	148
<i>tranexamic acid</i>	110	TROJAN ULTRA RIBBED		TUSNEL.....	148
<i>tranylcypromine sulfate</i>	157	LUBRICATED.....	77	<i>tusnel diabetic</i>	148
TRAVASOL.....	190	TROJAN ULTRA THIN.....	77	TUSNEL DM.....	148
TRAZIMERA.....	25	TROJAN ULTRA		TUSNEL DM PEDIATRIC.....	148
<i>trazodone hcl</i>	157	THIN/SPERMICIDAL.....	77	TUSNEL PEDIATRIC.....	148
TRELEGY ELLIPTA.....	129	TROJAN-ENZ LUBRICATED.....	77	TUSNEL-EX.....	148
TREMFYA.....	29, 30	TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL.....	77	<i>tussin cf cough & cold</i>	148
TREMFYA ONE-PRESS.....	30	TROPHAMINE.....	190	<i>tussin cough</i>	148
TREMFYA PEN.....	30	<i>tropical liquid nutrition</i>	225	<i>tussin dm</i>	148
TREMFYA-CD/UC INDUCTION.....	30	<i>trospium chloride</i>	106	<i>tussin dm cough & chest</i>	148
<i>treprostinil</i>	65	TRUCLEAR STEVIA PLUS.....	69	<i>tussin dm cough & chest conges...</i>	148
<i>tretinoin</i>	27, 233	<i>true cover</i>	77	<i>tussin dm cough + chest</i>	148
TRI SUPER FLAVONS.....	225	<i>true daily vite</i>	225	<i>tussin dm max</i>	148
<i>triamcinolone acetonide</i>	232, 240	<i>true ferrous sulfate</i>	114	<i>tussin mucus & chest congest</i>	148
<i>triamterene-hctz</i>	64	<i>true folic acid</i>	225	<i>tussin mucus+chest congest sf</i>	148
<i>tri-buffered aspirin</i>	47	<i>true laxative</i>	106	<i>tussin mucus+chest congestion</i>	148
TRICON.....	114	<i>true magnesium oxide</i>	189	TUSSI-PRES.....	148
TRIDACAINE II.....	233	<i>true oyster shell calcium</i>	189	TUSSI-PRES PEDIATRIC.....	149
TRIDERM.....	240	<i>true vitamin a</i>	225	TUSSLIN.....	149
<i>trientine hcl</i>	71	<i>true vitamin b1</i>	225	TUSSLIN PEDIATRIC.....	149
TRI-ESTARYLLA.....	76	<i>true vitamin b12</i>	225	<i>t-vites</i>	225
<i>trifluoperazine hcl</i>	160	<i>true vitamin b3</i>	225	TWINRIX.....	34
<i>trifluridine</i>	116	<i>true vitamin b6</i>	225	TWOCAL HN.....	178
<i>trigels-f forte</i>	114	<i>true vitamin c</i>	225	TWOCAL HN 2.0.....	178
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	154	<i>true vitamin d3</i>	225	TYBOST.....	49
TRIJARDY XR.....	81	<i>true vitamin e</i>	225	TYDEMY.....	77
TRIKAFTA.....	132	<i>truelyte</i>	182	TYENNE.....	30
TRI-LEGEST FE.....	76	TRULICITY.....	81	TYLACTIN RESTORE 10.....	178
TRI-LINYAH.....	76	TRUMENBA.....	34	TYLACTIN RTD 15.....	178
TRI-LO-ESTARYLLA.....	76	TRUQAP.....	25	TYLENOL.....	47
TRI-LO-MARZIA.....	76	TRUSTEX COLOR CONDOMS +		TYLENOL 8 HOUR.....	47
TRI-LO-MILI.....	76	LUBE.....	77	TYLENOL 8 HOUR ARTHRITIS	
TRI-LO-SPRINTEC.....	76	TRUSTEX		PAIN.....	47
TRIMAZOLE.....	238	LUB/RIBBED/STUDED.....	77	TYLENOL CHILDRENS.....	47
<i>trimethoprim</i>	54	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX		TYLENOL CHILDRENS	
TRI-MILI.....	76	ST.....	77	CHEWABLES.....	47
<i>trimipramine maleate</i>	157	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL...	77	TYLENOL CHILDRENS PAIN +	
<i>trinatal rx 1</i>	225	TRUSTEX LUBRICATED.....	77	FEVER.....	47
TRINATE.....	225	TRUSTEX LUBRICATED EX		TYLENOL EXTRA STRENGTH.....	47
TRINTELLIX.....	157	LARGE.....	77	TYLENOL FOR CHILDREN +	
<i>triphrocaps</i>	225	TRUSTEX LUBRICATED EXTRA		ADULTS.....	47
<i>triple antibiotic</i>	235	ST.....	77	TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER.....	47
<i>triple antibiotic pain relief</i>	235	TRUSTEX		TYPHIM VI.....	34
<i>triple antibiotic plus</i>	235	LUBRICATED/SPERMICIDE.....	77	TYR ANAMIX EARLY YEARS.....	178
<i>triple antibiotic plus max st</i>	235	TRUSTEX NATURAL CONDOMS		TYR ANAMIX NEXT.....	178
TRIPLE PASTE AF.....	238	+ LUBE.....	77	TYR COOLER.....	178
TRISPEC PSE.....	148	TRUSTEX NON-LUBRICATED.....	77	TYR LOPHLEX LQ.....	178
TRI-SPRINTEC.....	76	TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE..	77	TYREX-1.....	179
TRITOLNACIDE C.....	238	TRUSTEX RIA LUBRICATED.....	77	TYREX-2.....	179
TRIUMEQ.....	50	TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	77	TYROS 1.....	179
<i>triumeq pd</i>	50	TRUSTEX-NONOXYNOL-		TYROS 2.....	179
TRI-VI-SOL A/C/D.....	225	9/RIB/STUD.....	77	U-BASE.....	69
<i>tri-vite pediatric</i>	225	TRUXIMA.....	25	UBRELVY.....	162
<i>tri-vitel/fluoride</i>	225	TUKYSA.....	25	UCD 2.....	179
TRI-VYLIBRA.....	77	TUMS.....	90	UCD ANAMIX JUNIOR.....	179
TRI-VYLIBRA LO.....	77	TUMS LASTING EFFECTS.....	90	<i>ucd trio</i>	179
TROGARZO.....	49	TURALIO.....	25	UDAMIN SP.....	225
TROJAN ENZ.....	77	TURQOZ.....	77	UDDERLY SMOOTH.....	247

UDDERLY SMOOTH EXTRA CARE	247	VASOFLEX	226	<i>vita c/bioflavonoids/rose hips</i>	226
UDDERLY SMOOTH EXTRA CARE 20	247	<i>vasoflex hd</i>	226	<i>vita hair</i>	226
ULTRA BONEUP	226	VAXCHORA	34	VITA S FORTE	226
<i>ultra calcium + vitamin d3</i>	189	<i>v-c forte</i>	226	<i>vitabasic complete</i>	226
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS	226	VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE	108	<i>vitabasic senior</i>	226
<i>ultra freeda</i>	226	<i>vegetable lax+stool softener</i>	106	<i>vitabex</i>	226
<i>ultra freedaliron</i>	226	VELIVET	77	<i>vitabex plus</i>	226
ULTRA FRESH	120	VELSIPITY	30	VITACEL	226
<i>ultra lido</i>	247	VELVACHOL	247	<i>vitachew adult multi vitamin</i>	226
<i>ultra lubricating eye drops</i>	120	VENCLEXTA	25	<i>vitachew multiple vitamin</i>	226
<i>ultra lubricating eye drops pf</i>	120	VENCLEXTA STARTING PACK	25	<i>vitachew vit c citrus burst</i>	226
<i>ultra multi formulaliron</i>	226	<i>venlafaxine hcl</i>	157	VITACORE	226
ULTRACHOICE ADV FORMULA MATURE	226	<i>venlafaxine hcl er</i>	157	VITAFOL-OB	226
ULTRACHOICE ADVANCED FORMULA	226	VENOFER	114	VITAFUSION MULTI WOMENS	227
<i>ultramino soy protein</i>	179	VENTOLIN HFA	128	VITAJoy DAILY C GUMMIES	227
ULTRIEN 1.5 SAFE-T FEED	179	<i>verapamil hcl</i>	62	VITAJoy MULTI GUMMIES ADULT	227
UNITHROID	70	<i>verapamil hcl er</i>	62	VITAL 1.0 CAL	179
UPSPRING BABY VIT D	226	VERQUVO	64	VITAL 1.5 CAL	179
UPTRAVI	65	VERSACLOZ	160	VITAL AF 1.2 CAL	179
UPTRAVI TITRATION	65	VERSAPRO	69	VITAL AF 1.2 CAL ADV FORMULA	179
URO-PAIN DUAL ACTION	54	<i>versatile cream base</i>	69	VITAL HP 1.0 CAL	179
<i>ursodiol</i>	96	VERSATILE RICH BASE	69	VITAL JR	179
<i>ustekinumab</i>	30	VERSIGEL	69	VITAL PEPTIDE 1.5 CAL	179
VAGISTAT-3	108	VERZENIO	25	<i>vitalaria</i>	227
<i>valacyclovir hcl</i>	55	VESTURA	77	VITAL-D RX	227
VALCHLOR	247	VIC-FORTE	226	<i>vitalee</i>	227
<i>valganciclovir hcl</i>	55	VICKS DAYQUIL MUCUS CONTROL DM	149	VITALETS CHILDRENS	227
<i>valproate sodium</i>	163	VICKS SINEX 12 HOUR DECONGEST	149	<i>vita-min</i>	229
<i>valproic acid</i>	152	VICKS SINEX MOISTURIZING	149	<i>vitamin a</i>	227
<i>valsartan</i>	59	VICKS SINEX SEVERE	149	VITAMIN A FISH	227
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	63	VICKS SINEX SEVERE DECONGEST	149	<i>vitamin a/c/d/ infant/toddler</i>	227
VALTOCO 10 MG DOSE	152	VICKS VAPOINHALER	149	<i>vitamin a-c-d infant</i>	227
VALTOCO 15 MG DOSE	152	VIENVA	77	<i>vitamin b 12</i>	227
VALTOCO 20 MG DOSE	153	<i>vigabatrin</i>	153	<i>vitamin b complex</i>	227
VALTOCO 5 MG DOSE	153	VIGADRONE	153	<i>vitamin b complex w/b-12</i>	227
VALTYA 1/35	77	VIGAFYDE	153	<i>vitamin b1</i>	227
VALTYA 1/50	77	VILACTIN AA PLUS	179	<i>vitamin b-1</i>	227
VANACOF DM	149	<i>vilazodone hcl</i>	157	<i>vitamin b12</i>	227
VANATAB DM	149	VIMKUNYA	35	<i>vitamin b-12</i>	227
<i>vancomycin hcl</i>	54	<i>vincristine sulfate</i>	27	<i>vitamin b-12 er</i>	227
<i>vancomycin hcl in nacl</i>	54	<i>vinorelbine tartrate</i>	27	<i>vitamin b12 tr</i>	227
VANFLYTA	25	<i>viorele</i>	77	<i>vitamin b12-folic acid</i>	227
VANIBASE	69	VIRACEPT	49	<i>vitamin b6</i>	227
VANICREAM	247	VIREAD	49	<i>vitamin b-6</i>	227
<i>vanishing</i>	69	VISINE	114	<i>vitamin b-6 er</i>	227
<i>vanishing cream botanical base</i>	69	<i>vision formula 2</i>	226	<i>vitamin c</i>	228
<i>vanish-pen</i>	69	<i>vision formulallutein</i>	226	<i>vitamin c adult gummies</i>	227
VAQTA	34	<i>vision health</i>	226	<i>vitamin c drops</i>	227
<i>varenicline tartrate</i>	165	VISION OPTIMIZER	226	<i>vitamin c er</i>	227
<i>varenicline tartrate (starter)</i>	165	<i>vision plus</i>	226	<i>vitamin c gummie</i>	228
VARIVAX	34	<i>vision vitamins</i>	226	<i>vitamin c gummies</i>	228
VASCEPA	61	VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA	226	<i>vitamin c immune health</i>	228
VASELINE	69	VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA	226	<i>vitamin c plus wild rose hips</i>	228
VASELINE PURE ULTRA WHITE	69	<i>vit e-vit c-beta carotene</i>	226	<i>vitamin c/bioflavonoids/rosehp</i>	228
				<i>vitamin c/natural rose hips</i>	228
				<i>vitamin c/rose hips</i>	228
				<i>vitamin c/rose hips tr</i>	228

<i>vitamin c-acerola</i>	228	VORTEX VALVE CHAMBER-PEDI		<i>well vitamin d3</i>	230
<i>vitamin c-rose hips</i>	228	MASK.....	132	WELMATE LIDOCAINE PAIN	
<i>vitamin c-rose hips er</i>	228	VORTEX VALVED HOLDING		RELIEV.....	247
<i>vitamin c-rose hips tr</i>	228	CHAMBER.....	132	WERA.....	77
<i>vitamin d</i>	228	VOSEVI.....	55	<i>wescaps</i>	230
<i>vitamin d (cholecalciferol)</i>	228	VOWST.....	96	<i>westab max</i>	230
<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	228	<i>vp dermabase</i>	69	<i>westab one</i>	230
<i>vitamin d high potency</i>	228	VRAYLAR.....	160	<i>westab plus</i>	181
<i>vitamin d infant</i>	228	VYFEMLA.....	77	<i>white petrolatum</i>	69
VITAMIN D-1000 MAX ST.....	228	VYLIBRA.....	77	<i>white petroleum jelly</i>	69
<i>vitamin d3</i>	229	VYZULTA.....	115	WINREVAIR.....	65
<i>vitamin d-3</i>	229	WAL-BORN VITAMIN C.....	230	WIXELA INHUB.....	129
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH.....	228	WAL-DRYL.....	247	WND 1.....	179
<i>vitamin d3 maximum strength</i>	228	WAL-DRYL ALLERGY.....	127	WND 2.....	179
<i>vitamin d3 super strength</i>	229	WAL-DRYL ALLERGY		<i>womans laxative</i>	106
<i>vitamin d3 ultra strength</i>	229	CHILDRENS.....	127	<i>womens 50+ advanced</i>	230
<i>vitamin e</i>	229	WAL-FEX.....	127	<i>womens 50+ multi vitamin</i>	230
<i>vitamin e blend</i>	229	WAL-FEX ALLERGY.....	96, 127	<i>womens daily formula</i>	230
<i>vitamin e high potency</i>	229	WAL-FINATE.....	127	<i>womens laxative</i>	106
<i>vitamin e water soluble</i>	229	WAL-ITIN.....	127	WOMENS LIFE PACK.....	230
<i>vitamin e with panthenol</i>	247	WAL-ITIN ALLERGY CHILDRENS	127	<i>womens multi</i>	230
<i>vitamin e/d-alpha</i>	229	WAL-ITIN ALLERGY REDITABS.....	127	<i>womens multi gummies</i>	230
<i>vitamin e/d-alpha natural</i>	229	WAL-ITIN ALLER-MELTS.....	127	<i>womens multivitamin</i>	230
<i>vitamin k (phytonadione)</i>	229	WAL-ITIN CHILDRENS.....	127	<i>womens multivitamin + collagen</i>	230
<i>vitamin k1</i>	229	WAL-ITIN D.....	149	<i>womens multivitamin gummies</i>	230
<i>vitamin-b complex</i>	229	WAL-ITIN D 24 HOUR.....	149	<i>wound care</i>	69
<i>vitamins acd-fluoride</i>	229	WAL-MUCIL.....	106	WYMZYA FE.....	77
<i>vitamins a-d-e/selenium</i>	229	WAL-PHED 12 HOUR.....	149	WYOST.....	87
<i>vitamins for hair</i>	229	WAL-PHED D.....	149	XALKORI.....	25
VITAROCA PLUS.....	229	WAL-PHED PE.....	149	XARAH FE.....	77
VITASANA.....	229	WAL-PROFEN.....	37	XARELTO.....	109
VITATHELY WITH GINGER.....	229	<i>wal-sporin</i>	235	XARELTO STARTER PACK.....	109
VITEYES AREDS 2 FORMULA.....	229	WAL-TAP CHILDRENS.....	37	XATMEP.....	30
VITEYES AREDS 2 FORMULA		<i>wal-tap cold/allergy</i>	149	XCEL 100.....	69
+COQ10.....	229	<i>wal-tussin</i>	149	<i>xcellent a 3000</i>	230
VITEYES AREDS 2 FORMULA		WAL-TUSSIN CF MAX.....	149	<i>xcellent a 7500</i>	230
+MULTI.....	229	WAL-TUSSIN CHEST		XCELLENT E.....	230
VITEYES CLASSIC ADVANCED..	230	CONGESTION.....	149	XCOPRI.....	153
VITEYES CLASSIC MACULAR		WAL-TUSSIN COUGH.....	149	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)..	153
SUPPOR.....	230	WAL-TUSSIN COUGH LONG		XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)..	153
VITEYES CLASSIC		ACTING.....	149	XDEMZY.....	116
MULTIVITAMIN.....	230	WAL-TUSSIN DM CGH/CHEST		XELJANZ.....	30
VITEYES CLASSIC+OMEGA-3.....	230	CONG.....	149	XELJANZ XR.....	30
VITEYES COMPLETE.....	230	WAL-VERT.....	127	XELRIA FE.....	78
VITEYES OPTIC NERVE		WAL-ZYR.....	128	XEMATOP BASE.....	69
SUPPORT.....	230	WAL-ZYR ALL DAY ALLERGY		XENICAL.....	86
VITRAKVI.....	25	CHILD.....	127	XERAC AC.....	247
VITRON-C.....	114	WAL-ZYR ALLERGY CHILDRENS	127	XERMELO.....	96
<i>vivimusta</i>	18	WAL-ZYR CHILDRENS.....	127, 128	XHANCE.....	133
VIVITROL.....	165	WAL-ZYR D.....	149	XIFAXAN.....	96
VIVONEX PEDIATRIC.....	179	<i>warfarin sodium</i>	109	XIGDUO XR.....	81
VIVONEX RTF.....	179	WE CARE ENEMA.....	106	XIIDRA.....	120
VIVOTIF.....	35	<i>we care zinc oxide</i>	247	XLEU MAXAMAID.....	179
VIZIMPRO.....	25	<i>wee care</i>	114	XLYS-XTRP MAXAMAID.....	179
VONJO.....	25	WEEKLY-D.....	230	XLYS-XTRP MAXAMUM.....	179
VOQUEZNA DUAL PAK.....	96	WEGOVY.....	69	XMET MAXAMAID.....	179
VOQUEZNA TRIPLE PAK.....	96	WELIREG.....	27	XMET XCYS MAXAMAID.....	179
VORANIGO.....	25	<i>well magnesium oxide</i>	189	XMTVI MAXAMAID.....	179
<i>voriconazole</i>	51	<i>well vitamin c</i>	230	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	55

XOFLUZA (80 MG DOSE).....	55	ZILACTIN BABY	232
XOLAIR.....	132, 133	<i>zinc</i>	189
XOSPATA.....	25	ZINC 15.....	189
XPHE MAXAMAID.....	179	<i>zinc chelated</i>	189
XPHE-XTYR MAXAMAID.....	179	<i>zinc chloride</i>	190
XPOVIO (100 MG ONCE		<i>zinc gluconate</i>	189
WEEKLY).....	25	<i>zinc oxide</i>	247
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	25	<i>zinc sulfate</i>	189
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	26	<i>ziphex</i>	231
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	26	<i>ziprasidone hcl</i>	160
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	26	<i>ziprasidone mesylate</i>	160
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	26	ZIRABEV.....	26
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	26	ZIRGAN.....	116
XTANDI.....	19	<i>zoledronic acid</i>	87
XTRACAL PLUS.....	179	ZOLINZA.....	26
XTRENBO.....	87	<i>zolpidem tartrate</i>	162
XULANE.....	78	ZONISADE.....	153
XULTOPHY.....	80	<i>zonisamide</i>	153
XYZAL ALLERGY 24HR.....	128	ZOO FRIENDS MULTI GUMMIES.....	231
YELETS TEENAGE FORMULA....	230	ZOO FRIENDS/EXTRA C.....	231
YESINTEK.....	30	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
YF-VAX.....	35	.....	247
<i>yl balanced b-100</i>	230	ZOVIA 1/35 (28).....	78
<i>yl coenzyme q10</i>	179	ZTALMY.....	153
<i>yl folic acid</i>	230	ZUMANDIMINE.....	78
<i>yl vitamin b-6</i>	230	ZURZUVAE.....	157
<i>yl vitamin c</i>	230	ZYDELIG.....	26
<i>yl vitamin c-rose hips</i>	230	ZYKADIA.....	26
YONSA.....	19	ZYLET.....	115
YOUR LIFE MULTI ADULT		ZYNCOF.....	149
GUMMIES.....	230	ZYPREXA RELPREVV.....	160
YUM-VS COMPLETE		ZYRTEC.....	128
MULTIVITAMIN.....	230	ZYRTEC ALLERGY.....	128
YUMVS MULTI ZERO.....	230	ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY.....	128
YUMVS VITAMIN C ZERO.....	230	ZYRTEC-D ALLERGY &	
YUMVS ZERO DIABETIC		CONGESTION.....	149
MULTIVITAM.....	231	ZYRTEC-D ALLERGY & SINUS....	150
YUMVSKIDS MULTI ZERO.....	231		
YUTREPIA.....	65		
YUVAFEM.....	84		
ZAFEMY.....	78		
<i>zafirlukast</i>	133		
<i>zaleplon</i>	162		
<i>zalvit</i>	231		
ZARBEES SLEEP			
CHILD/MELATONIN.....	69		
ZARXIO.....	110		
ZEASORB-AF.....	238		
ZEGALOGUE.....	70		
ZEJULA.....	26		
ZELBORAF.....	26		
ZELVYSIA.....	84		
ZEMAIRA.....	133		
ZENATANE.....	233		
ZENPEP.....	96		
ZEPBOUND.....	69		
ZEPHREX-D.....	149		
ZERVIAE.....	114		
<i>zidovudine</i>	49		

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 **30/6/2026**. 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.

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



Última actualización: **6/30/2026**



Notice of Non-Discrimination

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

We're here for you!

Neighborhood offers FREE assistance such as:

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

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

Discrimination Complaints

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

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

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

FAX: 1-401-709-7005

EMAIL: OCRCoordinator@nhpri.org

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ការយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ

សេវាជំនួយភាសាភតិកត្តាមានផ្តល់ជូនដល់អ្នក។ ក៏មានការផ្តល់ការគាំទ្រ

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

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

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

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

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

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

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

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