



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 16

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 28/9/2026. 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: 9/28/2026

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.



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	250

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: **9/28/2026**

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: **9/28/2026**

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: **9/28/2026**

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: **9/28/2026**

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: **9/28/2026**

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 surtir para un máximo de 30 días por vez.

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

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

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

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

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



Última actualización: **9/28/2026**

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: **9/28/2026**

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.



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: **9/28/2026**

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, 3 X 25 MG & 1 X 100 MG, 9 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, 3 X 25 MG & 1 X 100 MG, 9 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
VEPPANU ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
VEPPANU ORAL TABLET 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes Moleculares Dirigidos		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 240 cápsulas cada 30 días
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 240 cápsulas cada 30 días
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ORAL THERAPY PACK 0.8 & 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 paquete cada 30 días
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
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
<i>bosutinib oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>bosutinib oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$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
CAVHANZA ORAL TABLET DISPERSIBLE 60 MG, 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 216 ml cada 27 días
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>imkeldi oral solution 80 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 280 ml cada 28 días
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 28 tabletas cada 28 días
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
JIDEYTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
JIDEYTRO ORAL TABLET 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 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
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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 días
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 140 tabletas cada 28 días
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1260 ml cada 30 días
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 96 ml cada 28 días
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 24 tabletas cada 28 días
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
<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
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
SCSEMBLIX 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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 tabletas cada 28 días
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 16 tabletas cada 28 días
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 4 tabletas cada 28 días
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 tabletas cada 28 días
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 4 tabletas cada 28 días
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 24 tabletas cada 28 días
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 tabletas cada 28 días
XPOVIO (80 MG 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
YULITHIRA ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 14 tabletas cada 28 días
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
Diversos		
BESREMI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 MCG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2 plumas cada 28 días
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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
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
EBGLYSS SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 250 MG/2ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 20 plumas cada 365 días
EBGLYSS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 250 MG/2ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 20 jeringas cada 365 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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 6 jeringas cada 28 días
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 6 plumas cada 28 días
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2 jeringas cada 28 días
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 4 jeringas cada 28 días
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 6 jeringas cada 28 días
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 3 plumas cada 28 días
HUMIRA-PSORIASIS/UEIT 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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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, 55 MG/0.37ML	\$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
<i>tofacitinib citrate er oral tablet extended release 24 hour 11 mg, 22 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>tofacitinib citrate oral solution 1 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 480 ml cada 24 días
<i>tofacitinib citrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
Vacunas		
ABRYSCO 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)	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$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)	
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	\$0 (Nivel 1)	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	\$0 (Nivel 1)	
IPOL INJECTION SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
PEDVAXHIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
<i>penmenvy intramuscular suspension reconstituted</i>	\$0 (Nivel 1)	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 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)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML	\$0 (Nivel 1)	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	\$0 (Nivel 1)	
YF-VAX SUBCUTANEOUS 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)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>eqi childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi 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)	
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 90 ml cada 30 días
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 450 ml cada 30 días
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
Analgésicos Opioides, De Acción Rápida		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 2700 ml cada 30 días
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 240 tabletas cada 30 días
Diversos		
<i>8 hour arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>8 hour pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>8 hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>8hr muscle aches & pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aspirin 81 oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin 81 oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin adult low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin buf(cacarb-mgcarb-mgo) oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin childrens oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin ec adult low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CHILDRENS MEDI-TABS ORAL TABLET CHEWABLE 80 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens non-aspirin oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens non-aspirin oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens pain reliever oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>curanol oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs 8hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs 8hr muscle aches & pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ECOTRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ed-apap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>effervescent antacid/pain rel oral tablet effervescent 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq 8hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq acetaminophen oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq aspirin adult low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ft children's pain/fever oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft enteric coated aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft pain relief adult extra st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft pain reliever adults rectal suppository 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft pain reliever children rectal suppository 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>goodsense pain & fever child oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense pain relief extra st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HEALTHY MAMA SHAKE THAT ACHE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>h-e-b aspirin oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>infants pain & fever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
JOURNAVX ORAL TABLET 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 29 tabletas cada 14 días
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>menstrual relief max strength oral tablet 500-60-15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MIDOL COMPLETE ORAL TABLET 500-60-15 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MIDOL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 650 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MM ACETAMINOPHEN EX STR ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mm arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mm aspirin oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>m-pap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>non-aspirin jr strength oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>non-aspirin oral tablet 325 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc 8 hour arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc acetaminophen 8 hours oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc acetaminophen 8hr arth pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc acetaminophen 8hr musc ache oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc acetaminophen infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc antacid & pain relief oral tablet effervescent 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TYLENOL EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL FOR CHILDREN + ADULTS ORAL SUSPENSION 160 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER ORAL SUSPENSION 160 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL ORAL CAPSULE 325 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
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)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
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)	
<i>rifapentine oral tablet 150 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 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: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes Combinados Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 133-200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df oral tablet 200-25-300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
IDVYNZO ORAL TABLET 100-0.25 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)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>miconazole sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 93 tabletas cada 30 días
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 600 ml cada 28 días
<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)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
CLINITEST RAPID COVID-19 TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>covid-19 at home antigen test in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>covid-19 at-home test in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>covid-19 otc antigen 1-pack in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>covid-19 otc antigen 2-pack in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs covid-19 at home test kit in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs pinworm treatment oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CYSTEX URINARY PAIN RELIEF ORAL TABLET 162-162.5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<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)	
INDICAID COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 20 tabletas cada 90 días
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 10 tabletas cada 90 días
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 1800 ml cada 30 días
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 6 tabletas cada 30 días
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<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)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 336 tabletas cada 28 días
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 168 cápsulas cada año
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 84 cápsulas cada año
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 1080 ml cada año
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	\$0 (Nivel 2)	QL; 40 tabletas cada 90 días
PAXLOVID (300/100 & 150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 6 X 150 MG & 5 X 100MG	\$0 (Nivel 2)	QL; 22 tabletas cada 90 días
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	\$0 (Nivel 2)	QL; 60 tabletas cada 90 días
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
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>cefactor 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)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%, 3-4 gm/150ml-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution reconstituted 1-4 gm-%(50ml), 2-3 gm-%(50ml), 3-2 gm-%(50ml)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefotetan disodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<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)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2 GM, 6 GM	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
Eritromicinas/Macrólidas		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
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)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 250-62.5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<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 REFILLED 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>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>nafcillin 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)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 30 tabletas cada 14 días
<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

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D DP - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: 9/28/2026

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>amiodarone hcl oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
PACERONE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
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)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
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		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
Bloqueadores De Los Canales De Calcio		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (Nivel 2)	
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	\$0 (Nivel 2)	
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (Nivel 2)	
diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (Nivel 2)	
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (Nivel 2)	
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 2)	
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
nimodipine oral capsule 30 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 360 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (Nivel 2)	
verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	
Combinaciones Beta-Bloqueadores/Diuréticos		
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg	\$0 (Nivel 2)	
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	\$0 (Nivel 2)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
Combinaciones De Antagonistas Del Receptor De Angiotensina II		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 240 cápsulas cada 30 días
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 49-51 mg, 97-103 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
Combinaciones De Inhibidores De Eca		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Diuréticos		
acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
amiloride hcl oral tablet 5 mg	\$0 (Nivel 2)	
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg	\$0 (Nivel 2)	
bumetanide injection solution 0.25 mg/ml	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 2)	
furosemide injection solution 10 mg/ml	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg	\$0 (Nivel 1)	
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg	\$0 (Nivel 1)	
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 2)	
spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg	\$0 (Nivel 2)	
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 2)	
triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg	\$0 (Nivel 1)	
triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg	\$0 (Nivel 1)	
Diversos		
aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	\$0 (Nivel 1)	
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 450 ml cada 30 días
digoxin injection solution 0.25 mg/ml	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
digoxin oral solution 0.05 mg/ml	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
droxidopa oral capsule 100 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
epinephrine injection solution 1 mg/ml	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
metirosine oral capsule 250 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
midodrine hcl oral tablet 10 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: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
VYNDAMAX ORAL CAPSULE 61 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
Hipertensión Arterial Pulmonar		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
ALYQ ORAL TABLET 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>bosentan oral tablet soluble 32 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>macitentan oral tablet 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 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 100 MCG, 150 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 280 tabletas cada 28 días
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)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EMOLIVAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>emollient base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 ethyl alcohol (rubbing) solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ethyl alcohol (rubbing) solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fagron ls plus external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fagron natural external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fagron supreme external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FITALITE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>flavor plus oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>flex base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>freedom adaptaderm external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>freedom derma serum external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FREEDOM DERMA-D EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
FREEDOM DERMA-N EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft ethyl rubbing alcohol solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp alcohol denatured solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp ethyl rubbing alcohol solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp rubbing alcohol solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ORA-PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA ALADERM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA ANHYDROUS LIPODERM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA BASE 7542 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA BIOPEPTIDE BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA CANNIDEX 2.0 CUSTOM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA CANNIDEX CUSTOM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA COSMETIC HRT BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA EMOLLIENT CREAM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA HYDRABASE SB CUSTOM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA LIPODERM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA MVC BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA NATACREAM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA PRACASIL TM-PLUS BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA VANISHING CREAM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA VANISHING CREAM LIGHT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENDOCRINO Y METABÓLICO		
Agentes Antitiroideos		
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 1)	
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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
KIONEX COMBINATION SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>sodium polystyrene sulfonate 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)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
AYUNA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 2)	
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 2)	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
BLISOVI FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 2)	
CAMRESE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 2)	
CHATEAL EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
<i>condoms</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CRYSSELLE 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)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
ORQUIDEA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	
PHILITH ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 2)	
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
REALITY LATEX CONDOMS	\$0 (Nivel 1)	DP
REALITY LATEX/ULTRA TEXTURED DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
REALITY LATEX/ULTRA THIN DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
RIVELSA ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0 (Nivel 2)	
ROSYRAH ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0 (Nivel 2)	
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 2)	
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	
SIMLIYA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 2)	
SIMPESSE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 2)	
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
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)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
WERA ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
XARAH FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
XELRIA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 2)	
Antidiabéticos, Insulinas		
ADMELOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
CEQUR SIMPL EXT WEAR INSERTER	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 2 insertadores al año
CEQUR SIMPLICITY 1U EXTND WEAR DEVICE	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 8 parches cada 24 días
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 2U EXTND WEAR DEVICE	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 10 parches cada 30 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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 1 kit cada año
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 15 cápsulas cada 30 días
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 5 plumas cada 25 días
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 5 plumas cada 30 días
Antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 75 tabletas cada 30 días
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 150 tabletas cada 30 días
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 90 tabletas cada 30 días
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 90 tabletas cada 30 días
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
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
<i>sitagliptin phos-metformin hcl oral tablet 50-1000 mg, 50-500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>sitagliptin phosphate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GENOTROPIN MINISURF PREFILLED SYRINGE 0.2 MG SUBCUTANEOUS	\$0 (Nivel 1)	DP
GENOTROPIN MINISURF PREFILLED SYRINGE 0.2 MG SUBCUTANEOUS	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
GENOTROPIN MINISURF SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
JAVYGTOR ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
JAVYGTOR ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
KETO-DIASTIX IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ketone test in vitro strip</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOSTIX IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lanreotide acetate subcutaneous solution 120 mg/0.5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>nitrofurantoin oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 10 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5.8 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
Glucocorticoides		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
dexamethasone sod phos (pf) injection solution prefilled syringe 10 mg/ml	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
dexamethasone sodium phosphate injection solution prefilled syringe 4 mg/ml	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg	\$0 (Nivel 2)	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
hydrocortisone sod suc (pf) injection solution reconstituted 100 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg	\$0 (Nivel 2)	
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg, 500 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
prednisolone oral solution 15 mg/5ml	\$0 (Nivel 2)	B/D
prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml	\$0 (Nivel 2)	B/D
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 5 mg/5ml	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
prednisone oral solution 5 mg/5ml	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
<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
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 pluma cada 30 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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<i>eq stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql stomach relief max st oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql stomach relief oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql 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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KAOPECTATE EXTRA STRENGTH ORAL SUSPENSION 525 MG/15ML	\$0 (Nivel 1)	DP
KAOPECTATE ORAL SUSPENSION 262 MG/15ML	\$0 (Nivel 1)	DP
KAOPECTATE ORAL TABLET 262 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<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
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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
Antiespasmódicos		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 tabletas cada 30 días
Diversos		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>alosetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cvs gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs infants gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>drxchoice gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq gas relief oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq infants gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml, 40 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql gas gone oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql gas relief oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml, 40 mg/0.6ml, 80 mg/1.2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
<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
<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-SENNA ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
COLACE 2-IN-1 ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COLACE CLEAR ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
COLACE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
constulose oral solution 10 gm/15ml	\$0 (Nivel 2)	
cvs c-lax laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs daily fiber oral capsule 0.52 gm	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs daily fiber oral powder 51.7 %	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs enema disposable rectal enema 19-7 gm/118ml	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs enema ready-to-use rectal enema 19-7 gm/118ml	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs epsom salt oral granules	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs fiber laxative oral tablet 625 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs fiber oral capsule 0.52 gm	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs gentle laxative rectal suppository 10 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs gentle laxative womens oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs glycerin adult rectal suppository 2 gm	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs glycerin child rectal suppository 1 gm	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs laxative pills max st oral tablet 25 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs mineral oil oral oil	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs mini enema kids rectal enema 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs mini enema rectal enema 20-283 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs natural daily fiber oral powder 43 %, 51.7 %, 58.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs natural fiber supplement oral powder 100 %	\$0 (Nivel 1)	DP
CVS PURELAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
CVS PURELAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs senna oral capsule 8.6 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs senna oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs senna plus oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs senna-extra oral tablet 17.2 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
daily fiber oral capsule 400 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
daily fiber oral powder 43 %, 51.7 %	\$0 (Nivel 1)	DP
docqlace oral capsule 100 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
docusate calcium oral capsule 240 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
docusate mini rectal enema 283 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
docusate sodium oral capsule 100 mg, 250 mg	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eq vegetable laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EQL CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq fiber therapy oral powder 28.3 %, 43 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq laxative maximum strength oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq natural fiber oral powder 28.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq ready-to-use enema rectal enema 19-7 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq senna 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 smooth texture fiber oral powder 51.7 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EVAC ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
EVAC-U-GEN ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
EX-LAX MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
EX-LAX ULTRA ORAL TABLET DELAYED RELEASE 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fiber laxative + calcium oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fiber oral powder 25 %, 28.3 %, 51.7 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FIBERCON ORAL TABLET 625 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fiber-lax oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FLEET ENEMA RECTAL ENEMA 19-7 GM/197ML, 7-19 GM/118ML	\$0 (Nivel 1)	DP
FLEET GLYCERIN (ADULT) RECTAL SUPPOSITORY 2 GM	\$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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA ORAL SUSPENSION 400 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<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>psyldex 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
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
SENOKOT EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 17.2 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SENOKOT KIDS GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 8.7 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SENOKOT LAXATIVE GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 8.7 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SENOKOT ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SENOKOT S ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SMOOTH LAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
SMOOTH LAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
<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
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
Diversos		
acetic acid irrigation solution 0.25 %	\$0 (Nivel 2)	
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
Hiperplasia Prostática Benigna		
alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
dutasteride oral capsule 0.5 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
finasteride oral tablet 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
tadalafil oral tablet 5 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg	\$0 (Nivel 1)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
dabigatran etexilate mesylate oral capsule 150 mg, 75 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
ELIQUIS (1.5 MG PACK) ORAL TABLET SOLUBLE 3 X 0.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 591 tabletas cada 29 días
ELIQUIS (2 MG PACK) ORAL TABLET SOLUBLE 4 X 0.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 592 tabletas cada 30 días
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 74 tabletas cada 30 días
ELIQUIS ORAL CAPSULE SPRINKLE 0.15 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 56 cápsulas cada 21 días
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 74 tabletas cada 30 días
ELIQUIS ORAL TABLET SOLUBLE 0.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 588 tabletas cada 29 días
enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
heparin (porcine) in nacl intravenous solution 25000-0.45 ut/500ml-%	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D DP - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: 9/28/2026

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
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)	
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
DOPTELET SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 frascos cada 30 días
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 20 frascos cada 30 días
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
Hierro		
<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
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INTEGRA PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
IROFOL ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<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
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
POLY-IRON 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<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
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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF OPTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH OPTIVE MEGA-3 OPTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH OPTIVE OPTHALMIC GEL 1-0.9 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH OPTIVE OPTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH OPTIVE PF OPTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH PLUS OPTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH RELIEVA OPTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH RELIEVA PF OPTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH RELIEVA PF XTRA OPTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH TEARS OPTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH TEARS PF OPTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 1)	DP
RESTASIS MULTIDOSE OPTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
RESTASIS OPTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
RETAINC CMC OPTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic ointment 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic solution 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SOOTHE HYDRATION OPTHALMIC SOLUTION 1.25 %	\$0 (Nivel 1)	DP
SOOTHE XP OPTHALMIC 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: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SOOTHE XP XTRA PROTECTION OPHTHALMIC SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
STYE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE BALANCE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE COMPLETE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE CONTACTS OPHTHALMIC SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE HYDRATION PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE OPHTHALMIC GEL 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE PRESERVATIVE FREE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE ULTRA OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE ULTRA PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
THERATEARS EXTRA OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0 (Nivel 1)	DP
THERATEARS NIGHTTIME OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
THERATEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ULTRA FRESH OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<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 acetate 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)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RESPIRATORIOS		
Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 blísteres cada 30 días
<i>ipratropium bromide hfa inhalation aerosol solution 17 mcg/act</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
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<i>eq loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql allergy oral tablet 25 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql allergy relief oral tablet 10 mg, 180 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql 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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 160-18-4.8 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 1 inhalador cada 30 días
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 blísteres cada 30 días
Combinaciones De Esteroides/Beta Agonistas		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 1 inhalador cada 30 días
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 blísteres cada 30 días
BREYNA INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
DULERA INHALATION AEROSOL 100-5 MCG/ACT, 200-5 MCG/ACT, 50-5 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 inhalaciones cada 30 días

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D DP - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: 9/28/2026

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 l device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq space chamber anti-static m device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq space chamber anti-static s device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
FLEXICHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp sinus wash neti pot nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp sinus wash refill nasal packet 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp squeeze bottle sinus relie nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
INSPIREASE	\$0 (Nivel 1)	DP
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 paquetes cada 28 días
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>kettle neti pot sinus wash nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MICROCHAMBER	\$0 (Nivel 1)	DP
MICROCHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
MICROSPACER	\$0 (Nivel 1)	DP
NASALCROM NASAL AEROSOL SOLUTION 5.2 MG/ACT	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D DP - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: 9/28/2026

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<i>eq mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq multi-symptom cold children oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq nasal spray fast acting nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq sinus & congestion max str oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq sinus 12-hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq tussin dm max adult oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq tussin dm max daytime oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql mucus-dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql nasal spray fast acting nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eqi nasal spray no drip nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi tussin cough/chest congest oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi tussin cough/chest dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi 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
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
PRESGEN ORAL LIQUID 5-10-200 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
PRESGEN PEDIATRIC ORAL LIQUID 2.5-5-75 MG/5ML	\$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
PULMOSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 7 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc loratadine-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc medifin mucus relief child oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc mucus & cough relief child oral liquid 5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc mucus relief childrens oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc mucus relief dm max oral liquid 5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc mucus relief severe con/cgh oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc nasal decongestant pe oral tablet 10 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc nasal mist no drip nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc nasal spray nasal solution 0.05 %, 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc no drip extra moisturizing nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc no drip nasal relief nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc no drip original 12 hours nasal solution 0.05 %</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: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc suphedrine maximum strength oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc tussin cf adult oral liquid 10-20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc tussin dm cough/congestion oral liquid 10-100 mg/5ml, 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vapor inhaler inhalation inhaler 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
QLEARQUIL NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra 12 hour nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra allergy relf & nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra allergy rlf/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra allergy/congestion relief-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra cetiri-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra decongestant inhaler inhalation inhaler</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sb coughtab 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 10-100 MG/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
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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
ZYRTEC-D ALLERGY & SINUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 30 tabletas cada 30 días
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 300 tabletas cada 30 días
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 300 tabletas cada 30 días
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 360 cápsulas cada 30 días
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 360 paquetes cada 30 días
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 paquetes cada 30 días
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 240 ml cada 30 días
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 1200 ml cada 30 días
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 600 ml cada 30 días
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<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)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 90 cápsulas cada 30 días
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes Antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 300 cápsulas cada 30 días
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	QL; 60 tabletas cada 30 días
AUVELITY TITRATION PACK ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 30-105 MG & 45-105 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 2 paquetes cada año
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<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</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 30 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 90 cápsulas cada 30 días
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 60 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 cápsulas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
BYSANTI 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
BYSANTI TITRATION PACK A ORAL TABLET THERAPY PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 2 paquetes cada año
BYSANTI TITRATION PACK B ORAL TABLET THERAPY PACK 1 & 2 & 6 & 8 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 2 paquetes cada año
BYSANTI TITRATION PACK C ORAL TABLET THERAPY PACK 1 & 2 & 6 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 2 paquetes cada año
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 270 tabletas cada 30 días
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>dextromethorphan-quinidine oral capsule 20-10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<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
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 56 tabletas cada 28 días
<i>varenicline tartrate(continue) oral tablet 1 mg</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
ARGINOID EXTRA ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
BABY'S BIG SUPPORT ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>balanced nutritional drink oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>balanced nutritional drink pls oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>balanced nutritional shake pls oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BCAD 1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
BCAD 2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
BENECALORIE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
COMPLEAT PEDI PEPTIDE 1.5 ENTERAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLEAT PEDI PEPTIDE 1.5 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLEAT PEDI STANDARD 1.0 ENTERAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
GLUCERNA OS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA SELECT ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA 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: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
NUTREN 1.0 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
NUTREN 1.0/FIBER ENTERAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
OSMOLITE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
OXEPA 1.5 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: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
PKU COOLER 20 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PKU EASY SHAKE & GO ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PKU LOPHLEX LQ 20 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PKU PERIFLEX EARLY YEARS ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PKU PERIFLEX JUNIOR PLUS ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PKU SPHERE 20 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PKU SPHERE NEXT 15 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PKU START ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pku trio oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
POLYCAL ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PORTAGEN ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PROMOD ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PROMOD ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PROMOTE 1.0 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PROMOTE 1.0 WITH FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PROMOTE 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
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
SUPLINA 1.8/CARBSTEADY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
SUPLINA ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
SUPLINA/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
TYREX-1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
TYREX-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: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
ORALYTE ORAL SOLUTION	\$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
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<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 vitamin d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BABYS SUPER DAILY D3 ORAL LIQUID 10 MCG /0.028ML	\$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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>balanced b-50/fa oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BARIATRIC FUSION ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bariatric multivitamin/iron oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bariatric multivitamins oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bariatric multivitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bariatric multivitamins oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bariatric multivitamins/iron oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bariatric multivitamins/iron oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>basic am oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>basic pm oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-compleet-100 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-compleet-50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex balanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex plus b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex/b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex/electrolytes oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex-c (w/folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>better b complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BIG 100 (BIOTIN) ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
BIG 100 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bilberry plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BIO-35 GLUTEN-FREE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
BIO-35 IRON FREE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biocal oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biocel oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BIO-D-MULSION FORTE ORAL LIQUID 50 MCG/0.04ML	\$0 (Nivel 1)	DP
BIO-D-MULSION ORAL LIQUID 10 MCG/0.04ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bioflex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BIOTECT PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biotin forte oral tablet 3 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biotin maximum strength oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biotin maximum strength oral tablet 10000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biotin oral capsule 1 mg, 10 mg, 5 mg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx adult 50+ eye health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx 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>cvx b complex plus c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx b12 gummies oral tablet chewable 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx b12 oral tablet chewable 2500 mcg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx biotin high potency oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx biotin oral capsule 10 mg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx biotin oral tablet 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx chewable c with rose hips oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx chewable childrens vitamin oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx childrens complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx 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>cvx daily gummies adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx daily multiple for men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx daily multiple women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx daily multiv/mineral mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx daily multivitamin mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<i>cvx vitamin b-12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500-10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx vitamin d3 oral capsule 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx vitamin e oral capsule 180 mg (400 unit), 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx womens active daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx womens daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx womens prenatal+dha oral 28-0.975 & 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<i>D3-50 ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d-5000 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily betic oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily combo multi vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily multiple vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily multiple vitamins/min oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily multivitamin oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily value multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily vite multivitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily vites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily vites/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily-vite multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>DDROPS BOOSTER ORAL LIQUID 15 MCG /0.028ML</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: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ft vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vitamin c oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vitamin d3 oral capsule 25 mcg, 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vitamin d3 oral tablet 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vitamin d3 rapid release oral capsule 125 mcg (5000 ut), 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vitamin e oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>full spectrum 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
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
<i>one daily multivit/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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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/efa oral tablet 60-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pnv prenatal plus multivitamin oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pnv tabs 20-1 oral tablet 20-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pnv-select oral tablet 27-0.6-0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
POLY-VI-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
POLY-VI-SOL ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
POLY-VI-SOL/IRON ORAL SOLUTION 11 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>poly-vita oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>poly-vitaliron oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>poly-vite pediatric oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>poly-viteliron oral solution 11 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pregenna oral tablet 20-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PREMESISRX ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
PRENATABS RX ORAL TABLET 29-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal (w/iron & 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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROTEGRA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
PROVIT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pyridoxine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pyridoxine hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc b12 sublingual tablet sublingual 2500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc biotin oral tablet 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc childrens complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc childrens vitamins/extra c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc childrens vitamins/iron oral tablet chewable 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc cod liver oil oral capsule 1250-135 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc daily multivit/multimineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc daily multivitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc essentials oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc folic acid oral tablet 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc hair skin & nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc mens daily multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc multi-vite 50 & over oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc multi-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc niacin oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
QC OCUHEALTH VISION SUPPORT 2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc therin-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin b12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin c with rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin e oral capsule 180 mg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc womens daily multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
QUFLORA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID 0.25-9.5 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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/fa/vit c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super b-complex + vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super b-complex/vit c/fa oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super biotin oral tablet 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super daily d3 oral liquid 25 mcg /0.028ml, 50 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SUPER DEC B-100 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super d-zinc-selenium-copper oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SUPER QUINTS B-50 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super thera vite m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super vita-mins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>superior mens multi oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>superior womens multi oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>support oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SUPPORT-500 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sv b12 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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 formulallutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vision health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VISION OPTIMIZER ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vision plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vision vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vit e-vit c-beta carotene oral tablet 200-250-5000</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vita c/bioflavonoids/rose hips oral tablet 1000-30-18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vita hair oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VITA S FORTE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitabasic complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitabasic senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitabex oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitabex plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VITACEL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitachew adult multi vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitachew multiple vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitachew vit c citrus burst oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VITACORE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAFOL-OB ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAFUSION MULTI WOMENS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAJoy DAILY C GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAJoy MULTI GUMMIES ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitalaria oral tablet 20-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAL-D RX ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
Dermatología, Agentes Para El Cuidado De Heridas		
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 180 g cada 30 días
<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 hcl urethral/mucosal external prefilled syringe 2 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 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 III 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>eq bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq first aid antibiotic external ointment 1 %, 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<i>gnp tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>jock itch external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>jock itch relief external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ketoconazole cream 2 % external</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ketoconazole cream 2 % external</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 120 ml cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 tolinaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra antifungal foot care external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra foot care (terbinafine) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra foot care (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra jock itch external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra jock itch max st external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sb anti-fungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb clotrimazole foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SECURA ANTIFUNGAL EXTRA THICK EXTERNAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>terbinafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TINACTIN EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
TINEACIDE EXTERNAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>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
PELLIX EXTERNAL SOLUTION 0.005 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 120 ml cada 30 días
<i>tazarotene external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 g cada 30 días
Dermatología, Corticosteroides		
<i>ala-cort external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 120 g cada 30 días
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 ml cada 30 días
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 g cada 30 días
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 ml cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 g cada 30 días
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 ml cada 30 días
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 g cada 30 días
<i>clobetasol propionate 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
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 454 g cada 30 días
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
TRIDERM EXTERNAL CREAM 0.5 %	\$0 (Nivel 2)	QL; 454 g cada 30 días
Dermatología, Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>cvs lice killing external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CVS LICE SOLUTION COMBINATION KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp lice killing external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense lice killing external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense lice killing max str external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lice killing external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lice killing shampoo max str external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 59 ml cada 30 días
NIX CREME RINSE EXTERNAL LIQUID 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>permethrin external cream 5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
<i>ra lice maximum strength external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra lice solution combination kit 0.5-0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RID LICE KILLING SHAMPOO EXTERNAL SHAMPOO 0.33-4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stop lice complete treatment combination kit 0.33-4-0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
Dermatología, Varios Para La Piel Y Membranas Mucosas		
AL12 EXTERNAL LOTION 12 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aluminum acetate external solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
AMLACTIN DAILY EXTERNAL LOTION 12 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AMLACTIN DAILY NOURISH EXTERNAL LOTION 12 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AMLACTIN ULTRA SMOOTHING EXTERNAL CREAM 15 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ammonium lactate cream 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ammonium lactate cream 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ammonium lactate cream 12 % external (rx)</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: 9/28/2026

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
EUCERIN ADVANCED REPAIR HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
EUCERIN CALMING DAILY MOIST EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
EUCERIN DAILY HYDRATION EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
EUCERIN PLUS EXTERNAL CREAM 2.5-10 %	\$0 (Nivel 1)	DP
EUCERIN REDNESS RELIEF NIGHT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SALONPAS PAIN RELIEVING EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SCRUB CARE POVIDONE-IODINE EXTERNAL SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>special care external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 100 g cada 30 días
<i>theracare lidocaine max str external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>theracare pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
UDDERLY SMOOTH EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
UDDERLY SMOOTH EXTRA CARE 20 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
UDDERLY SMOOTH EXTRA CARE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ultra lido external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 g cada 30 días
VANICREAM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
VELVACHOL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin e with panthenol external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-DRYL EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>we care zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
WELMATE LIDOCAINE PAIN RELIEV EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
XERAC AC EXTERNAL SOLUTION 6.25 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>zinc oxide external ointment 20 %, 25 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF EXTERNAL CREAM 0.033 %	\$0 (Nivel 1)	DP
Óticos		
CLEARCANAL EARWAX SOFTENER OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
CLINERE EARWAX REMOVAL KIT OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs ear wax removal system otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DEBROX OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ear drops earwax aid otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>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: **9/28/2026**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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: **9/28/2026**

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.....	134	acetaminophen extra strength.....	39	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	
12 hour decongestant.....	134	acetaminophen infants.....	39	INTERM.....	130
12 hour nasal decongestant.....	134	acetaminophen-codeine.....	38	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	
12 hour nasal relief spray.....	134	acetazolamide.....	64	LARGE.....	130
12 hour nasal spray.....	134	acetazolamide er.....	64	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	
12 hr mucus relief max.....	134	acetic acid.....	66, 109, 120	MEDIUM.....	130
12hr allergy relief.....	121	acetylcysteine.....	130	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	
1st base.....	66	acitretin.....	239	SMALL.....	130
24hr allergy relief.....	121	ACTHIB.....	33	AEROCHAMBER PLUS FLOW VU	
3 day vaginal.....	107	actical.....	192	.....	130
3232a infant formula.....	166	actidom dmx.....	134	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS...	130
4-WAY FAST ACTING.....	134	ACTIMMUNE.....	32	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	
50+ adult eye health.....	191	ACTINEL DM.....	134	CHAMBR.....	130
600+d3.....	183	active fe.....	111	AEROCHAMBER Z-STAT	
7 day vaginal.....	107	ACTIVNUTRIENTS.....	192	PLUS/LARGE.....	130
8 hour arthritis pain.....	39	ACTIVNUTRIENTS		AEROCHAMBER Z-STAT	
8 hour pain reliever.....	39	PERFORMANCE.....	192	PLUS/MEDIUM.....	130
8 hr arthritis pain relief.....	39	ACTIVNUTRIENTS W/O IRON.....	192	AEROCHAMBER Z-STAT	
8hr muscle aches & pain relief.....	39	acyclovir.....	54	PLUS/SMALL.....	130
a thru z advanced.....	191	acyclovir sodium.....	54	AEROCHAMBER2GO ANTI-	
a thru z advanced adult.....	191	ADACEL.....	33	STATIC.....	130
a thru z high potency.....	191	adalimumab-bwwd.....	28	AEROVENT PLUS.....	130
a thru z select.....	191	adapalene.....	233	AFIRMELLE.....	71
a thru z select 50+ advanced.....	191	adapalene treatment.....	233	AFLORA.....	192
a thru z select 50+ mens.....	191	ADDAPRIN.....	35	AFRIN 12 HOUR.....	134
a thru z select advanced.....	191	adefovir dipivoxil.....	54	AFRIN ALLERGY SINUS.....	134
a thru z select ultimate women.....	191	ADEK GUMMIES PLUS ZN.....	192	AFRIN NODRIP CHILDRENS.....	134
a thru z ultimate mens.....	191	ADEMPAS.....	65	AFRIN NODRIP EXTRA	
a-10000.....	191	ADIPEX-P.....	86	MOISTURE.....	134
a-25.....	191	ADMELOG.....	78	AFRIN NODRIP NIGHT.....	134
abacavir sulfate.....	48	ADMELOG SOLOSTAR.....	78	AFRIN NODRIP ORIGINAL.....	134
abacavir sulfate-lamivudine.....	50	ADRENAL MANAGER.....	192	AFRIN NODRIP SEVERE	
abc complete adult.....	191	ADRENALIV.....	192	CONGEST.....	134
abc complete mens.....	191	adrenoid.....	192	AFRIN NODRIP SINUS.....	134
abc complete senior 50+.....	191	adult one daily gummies.....	192	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.....	192	AIMOVIG.....	163
abc complete womens.....	191	ADVANCED		aimsco lubricated.....	71
ABIGALE.....	84	CALCIUM/D/MAGNESIUM.....	183	AIRAVITE.....	192
ABIGALE LO.....	84	advanced eye health.....	192	AIRBORNE.....	192
ABILIFY ASIMTUFII.....	158	ADVANCED MULTI EA.....	192	AIRBORNE ELDERBERRY.....	192
ABILIFY MAINTENA.....	158	ADVANTAGE CARE		AIRBORNE GUMMIES.....	192
abiraterone acetate.....	18	ELECTROLYTE PED.....	182	AIRBORNE KIDS.....	192
ABIRTEGA.....	18	ADVERA.....	166	AIRSUPRA.....	129
ABRYSVO.....	33	ADVIL.....	35	AKEEGA.....	18
acamprosate calcium.....	164	ADVIL JUNIOR STRENGTH.....	35, 39	AL12.....	241
acarbose.....	80	advin covid-19 antigen test.....	51	ala-cort.....	239
ACCUTANE.....	233	AEROCHAMBER HOLDING		ALAVERT.....	121
acebutolol hcl.....	61	CHAMBER.....	130	ALAVERT D-12 HOUR	
ACERFLEX.....	166	AEROCHAMBER MINI CHAMBER.....	130	ALLERGY/CONG.....	134
acerola c-500.....	192	AEROCHAMBER MV.....	130	albendazole.....	51
acetaminophen.....	39	AEROCHAMBER PLS FLOVU		albuterol sulfate.....	128
acetaminophen 8 hour.....	39	MTHPIECE.....	130	albuterol sulfate hfa.....	128
acetaminophen childrens.....	39	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU..	130	alclometasone dipropionate.....	239
acetaminophen er.....	39			alcoholado eucaliptino.....	66

ALCON TEARS.....	117	allergy relief (cetirizine).....	121	amlodipine besylate-valsartan.....	63
ALDURAZYME.....	82	allergy relief (loratadine).....	121	amlodipine-olmesartan.....	63
ALECENSA.....	20	allergy relief 24-hr.....	121	ammonium lactate.....	241, 242
alendronate sodium.....	86	allergy relief cetirizine.....	121	AMNESTEEM.....	233
aler-cap.....	121	allergy relief childrens.....	121	AMORYN MOOD BOOSTER.....	193
alertab.....	121	allergy relief childrens 24-hr.....	121	amoxapine.....	156
ALFAMINO JUNIOR.....	166	allergy relief d.....	134, 135	amoxicillin.....	58
alfuzosin hcl er.....	109	allergy relief d12.....	135	amoxicillin-pot clavulanate.....	58
aliskiren fumarate.....	64	allergy relief d-12.....	135	amphetamine-dextroamphet er.....	161
ALIVE ADULT PREMIUM.....	192	allergy relief d-24.....	135	amphetamine-dextroamphetamine.....	161
ALIVE CALCIUM BONE		allergy relief indoor/outdoor.....	122	amphotericin b.....	50
SUPPORT.....	192	allergy relief nasal decongest.....	135	amphotericin b liposome.....	50
alive daily energy.....	192	allergy relief-d.....	135	ampicillin.....	58
ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN.....	192	allergy/congestion relief.....	135	ampicillin sodium.....	58
ALIVE ENERGY 50+.....	192	ALLI.....	86	ampicillin-sulbactam sodium.....	58
ALIVE EVERYDAY IMMUNE		allopurinol.....	48	anagrelide hcl.....	110
HEALTH.....	192	ALMACONE DOUBLE STRENGTH.....	87	anastrozole.....	18
ALIVE GARDEN GOODNESS.....	192	ALOE VESTA ANTIFUNGAL.....	236	ANBESOL MAXIMUM STRENGTH	
ALIVE GUMMIES FOR CHILDREN		alosetron hcl.....	94	.....	232
.....	192	ALPHA BETIC.....	193	anefrin spray.....	135
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS.....	192	alprazolam.....	155	ANORO ELLIPTA.....	129
ALIVE MAX 6 POTENCY.....	192	ALTACHLORE.....	117	antacid.....	88
ALIVE MENS 50+.....	192	ALTADERM.....	66	antacid & antigas.....	88
ALIVE MENS 50+ MULTI GUMMY.....	192	altarussin.....	135	antacid & anti-gas max str.....	88
ALIVE MENS 50+ ULTRA.....	193	altarussin dm.....	135	antacid advanced.....	88
ALIVE MENS COMPLETE MULTI.....	193	ALTAVERA.....	71	antacid anti-gas.....	88
ALIVE MENS GUMMY		altipres.....	135	antacid anti-gas max strength.....	88
MULTIVITAMINS.....	193	altipres pediatric.....	135	antacid calcium.....	88
ALIVE MENS ULTRA.....	193	altituss.....	135	antacid calcium rich.....	88
ALIVE MULTI-VITAMIN.....	193	altrixa.....	193	antacid extra strength.....	88
ALIVE MULTI-VITAMIN		altrixa ob.....	193	antacid fast relief.....	88
CHILDRENS.....	193	alum & mag hydroxide-simeth.....	87	antacid i.....	88
ALIVE ONCE DAILY WOMENS....	193	aluminum acetate.....	241	antacid iii.....	88
ALIVE ULTRA POTENCY ADULT.....	193	aluminum hydroxide gel.....	87	antacid liquid.....	88
ALIVE ULTRA POTENCY		aluminum-magnesium-simethicone.....	87	antacid m.....	88
WOMENS 50+.....	193	ALUNBRIG.....	20	antacid maximum strength.....	88
ALIVE WOMENS 50+.....	193	ALVAIZ.....	110	antacid regular strength.....	88
ALIVE WOMENS 50+ COMPLETE		ALVESCO.....	133	antacid/antigas.....	88
MV.....	193	alyacen 1/35.....	71	antacid/simethicone ds.....	88
ALIVE WOMENS 50+ GUMMY.....	193	alyacen 7/7/7.....	71	anti-allergy.....	193
ALIVE WOMENS ENERGY.....	193	ALYFTREK.....	130	antibiotic.....	234
ALIVE WOMENS GUMMY.....	193	ALYGLO.....	31	anti-diarrheal.....	90
all day allergy.....	121	ALYQ.....	65	antifungal.....	236
all day allergy childrens.....	121	amantadine hcl.....	154	antifungal (clotrimazole).....	236
all day allergy d.....	134	ambrisentan.....	65	antifungal (tolnaftate).....	236
ALLBEE/C.....	193	AMETHYST.....	71	anti-hist allergy.....	122
all-day allergy childrens.....	121	amikacin sulfate.....	51	anti-itch.....	242
ALLEGRA ALLERGY.....	121	amiloride hcl.....	64	anti-itch extra strength.....	242
aller-chlor.....	121	amiloride-hydrochlorothiazide.....	64	antioxidant.....	193
allergy.....	121	aminofen.....	39	anti-oxidant.....	193
allergy (cetirizine).....	121	AMINOSYN II.....	190	antioxidant a/c/e/selenium.....	193
allergy 24hour indoor/outdoor.....	121	AMINOSYN-PF.....	190	antioxidant formula.....	193
allergy 24-hr.....	121	amiodarone hcl.....	60	antioxidant formula/minerals.....	193
allergy childrens.....	121	amitriptyline hcl.....	156	antioxidant vitamins.....	193
allergy d-12.....	134	AMLACTIN DAILY.....	241	antiseptic skin cleanser.....	242
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, 122	amlodipine besylate.....	61	APHEN.....	39

APPE-CURB.....	193	ATABEX OB.....	194	b1.....	194
<i>apra</i>	39	<i>atazanavir sulfate</i>	48	b-1.....	194
<i>aprepitant</i>	93	<i>atenolol</i>	61	b1 natural.....	194
APRI.....	71	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	62	b-100 b-complex.....	194
APTIOM.....	150	<i>athletes foot</i>	236	b-12.....	194
APTIVUS.....	48	<i>athletes foot (clotrimazole)</i>	236	b-12 quick dissolve.....	194
AQUA GLYCOLIC FACE.....	242	<i>athletes foot (terbinafine)</i>	236	b-12 slow release.....	194
AQUA-CERIN.....	242	<i>athletes foot powder spray</i>	236	b-12 tr.....	194
AQUA-E.....	193	<i>atomoxetine hcl</i>	161	b-50 complex.....	194
<i>aquanaz</i>	135	<i>atorvastatin calcium</i>	60	b-6.....	194
AQUASOL A.....	193	<i>atovaquone</i>	51	b6 natural.....	194
<i>aqueous vitamin d</i>	193	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	54	BABY ANTI MONKEY BUTT.....	242
AQUORAL.....	232	ATREVIS HYDROGEL.....	66	BABY DDROPS.....	194
ARALAST NP.....	130	<i>atropine sulfate</i>	117	<i>baby vitamin d3</i>	194
ARANELLE.....	71	ATROVENT HFA.....	121	BABY'S BIG SUPPORT.....	166
ARBEM H-COSMETIC.....	66	AUBRA EQ.....	71	BABYS SUPER DAILY D3.....	194
ARBEM LIOPEN.....	66	AUGTYRO.....	20	<i>bacitracin</i>	234
ARCALYST.....	32	AUROVELA 1/20.....	71	<i>bacitracin zinc</i>	234
AREXVY.....	33	AUROVELA 24 FE.....	71	<i>bacitracin zinc-aloe</i>	234
ARGINAID EXTRA.....	166	AUROVELA FE 1.5/30.....	72	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	116
ARIKAYCE.....	51	AUROVELA FE 1/20.....	72	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	115
<i>aripiprazole</i>	158	AUSTEDO.....	162	BACITRAYCIN PLUS.....	234
ARISTADA.....	158	AUSTEDO XR.....	162	<i>baclofen</i>	155
ARISTADA INITIO.....	158	AUSTEDO XR PATIENT		BACMIN.....	194
<i>armodafinil</i>	163	TITRATION.....	162	BAFIERTAM.....	154
ARNUITY ELLIPTA.....	133	AUVELITY.....	156	<i>balance b-50</i>	194
<i>arthritis pain relief</i>	39	AUVELITY TITRATION PACK.....	156	<i>balanced b complex</i>	194
<i>arthritis pain reliever</i>	39	AUXIPRO VANISHING.....	66	<i>balanced b-100</i>	194
<i>arthritis pain relieving</i>	242	AVEDANA GLYCERIN (ADULT).....	97	<i>balanced b-50/fa</i>	195
<i>artificial tears</i>	117	AVEENO DAILY MOISTURIZING		<i>balanced nutritional drink</i>	166
<i>artificial tears pf</i>	117	FACE.....	242	<i>balanced nutritional drink pls</i>	166
<i>ascorbic acid</i>	193, 194	AVEENO INTENSE RELIEF HAND		<i>balanced nutritional shake pls</i>	166
<i>asenapine maleate</i>	158	.....	242	BALMBARR HAND & BODY.....	242
ASHLYNA.....	71	AVEENO POSITIVELY RADIANT.....	242	BALMBARR MOISTURIZING.....	242
ASPERCREME LIDOCAINE.....	242	AVEENO RESTORATIVE SKIN		BALMBARR STRETCH MARK.....	242
<i>asperflex max st</i>	242	THERAP.....	242	<i>balsalazide disodium</i>	97
ASPERFLEX PAIN RELIEVING....	242	AVEENO SKIN RELF MOIST		BALVERSA.....	20
<i>aspirin</i>	40	REPAIR.....	242	BALZIVA.....	72
<i>aspirin 81</i>	40	AVIANE.....	72	BANOPHEN.....	122, 242
<i>aspirin adult low dose</i>	40	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK....	20	BARACLUDE.....	54
<i>aspirin adult low strength</i>	40	AYUNA.....	72	BARIATRIC FUSION.....	195
<i>aspirin buf(cacarb-mgcarb-mgo)</i>	40	AYVAKIT.....	20	<i>bariatric multivitaminliron</i>	195
<i>aspirin childrens</i>	40	<i>az cream</i>	66	<i>bariatric multivitamins</i>	195
<i>aspirin ec</i>	40	<i>azacitidine</i>	26	<i>bariatric multivitaminsliron</i>	195
<i>aspirin ec adult low dose</i>	40	<i>azathioprine</i>	32	BASE PCCA CLARIFYING.....	66
<i>aspirin ec adult low strength</i>	40	<i>azelastine hcl</i>	114, 122	<i>base w301</i>	66
<i>aspirin ec low dose</i>	40	<i>azesco</i>	194	<i>basic am</i>	195
<i>aspirin ec low strength</i>	40	<i>azithromycin</i>	57	<i>basic pm</i>	195
<i>aspirin low dose</i>	40	AZO URINARY TRACT DEFENSE.....	51	BAYER ADVANCED ASPIRIN	
<i>aspirin low strength</i>	40	AZOLEN ANTI-FUNGAL WASH....	236	REG ST.....	40
<i>aspirin regimen</i>	40	AZOLEN TINCTURE.....	236	BAYER ASPIRIN.....	40
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	114	<i>aztreonam</i>	51	BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE....	40
ASSURE ID INSULIN SAFETY		AZURETTE.....	72	BAYER LOW DOSE.....	40
SYR.....	78	<i>b complex</i>	194	<i>baza antifungal</i>	236
ASTAGRAF XL.....	32	<i>b complex formula 1 (w/ fa)</i>	194	BCAD 1.....	166
<i>asthma relief</i>	130	<i>b complex vitamins</i>	194	BCAD 2.....	166
<i>astringent</i>	242	<i>b complex-b12</i>	194	<i>bcg vaccine</i>	33
ATABEX.....	194	<i>b complex-c</i>	194	<i>b-compleet-100</i>	195
ATABEX EC.....	194	<i>b complex-c-folic acid</i>	194	<i>b-compleet-50</i>	195

<i>b-complex</i>	195	BINAXNOW COVID-19 AG HOME		BOOST KID ESSENTIALS	
<i>b-complex (folic acid)</i>	195	TEST.....	51	1.5/FIBER.....	167
<i>b-complex balanced</i>	195	BIO-35 GLUTEN-FREE.....	195	BOOST ORIGINAL.....	167
<i>b-complex plus b-12</i>	195	BIO-35 IRON FREE.....	195	BOOST PLUS.....	167
<i>b-complex/b-12</i>	195	<i>biocal</i>	195	BOOST VERY HIGH CALORIE.....	167
<i>b-complex/electrolytes</i>	195	<i>biocel</i>	195	BOOST VHC.....	167
<i>b-complex/vitamin c</i>	195	<i>biocof</i>	135	BOOST WOMEN.....	167
<i>b-complex-c</i>	195	<i>biocotron</i>	135	BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT.....	196
<i>b-complex-c (w/folic acid)</i>	195	<i>biodesp dm</i>	135	BOOSTRIX.....	33
BENADRYL ALLERGY.....	122	BIO-D-MULSION.....	195	<i>boro-packs</i>	243
BENADRYL ALLERGY		BIO-D-MULSION FORTE.....	195	<i>bortezomib</i>	20
CHILDRENS.....	122	<i>bioflex</i>	195	<i>bosentan</i>	65
BENADRYL ALLERGY EXTRA		BIOLLE GEL TEARS.....	117	BOSULIF.....	20
STR.....	122	BIOLLE TEARS.....	117	<i>bosutinib</i>	20
BENADRYL ALLERGY		BIOLYTE.....	182	<i>bp vit 3</i>	196
ULTRATABS.....	122	BION TEARS PF.....	117	<i>b-plex</i>	196
BENADRYL EXTRA STRENGTH.....	242	BIOTECT PLUS.....	195	<i>b-plex plus</i>	196
<i>benazepril hcl</i>	65	BIOTENE DRY MOUTH MOIST		BPROTECTED MULTI-VITE.....	196
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	63	SPRAY.....	232	BPROTECTED PEDIA D-VITE.....	196
<i>bendamustine hcl</i>	18	<i>biotin</i>	195, 196	BPROTECTED PEDIA IRON.....	111
BENDEKA.....	18	<i>biotin forte</i>	195	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE	
BENECALORIE.....	166	<i>biotin maximum strength</i>	195	.....	196
BENLYSTA.....	32	<i>biotin super potency</i>	196	BPROTECTED PEDIA POLY-	
BENZEPRO.....	233	<i>bio-z-cough</i>	135	VITE/FE.....	196
<i>benzoin</i>	242	<i>bisacodyl</i>	97	BPROTECTED PEDIA TRI-VITE.....	196
<i>benzonatate</i>	135	<i>bisacodyl ec</i>	97	BPROTECTED VITAMIN C.....	196
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	233	<i>bisacodyl laxative</i>	97	BRAFTOVI.....	20
<i>benzphetamine hcl</i>	86	<i>bismuth</i>	90	<i>brain builder kids</i>	196
<i>benztropine mesylate</i>	154	<i>bismuth subsalicylate</i>	90	BRAINSUSTAIN FOR KIDS.....	167
BERINERT.....	110	<i>bisoprolol fumarate</i>	61	<i>breathe comfort chamber/adult</i>	130
<i>besifloxacin hcl</i>	116	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	62	<i>breathe comfort chamber/child</i>	130
BESIVANCE.....	116	BIVIGAM.....	31	<i>breathe ease large</i>	130
BESREMI.....	27	BLACK-DRAUGHT LAX-SENNA.....	97	<i>breathe ease medium</i>	130
BESREMI PEN.....	27	<i>bladder 2.2</i>	196	<i>breathe ease small</i>	130
<i>beta care</i>	242	BLISOVI 24 FE.....	72	BREATHERITE VALVED MDI	
BETA XMA.....	242	BLISOVI FE 1.5/30.....	72	CHAMBER.....	130
BETADINE.....	242	BLISOVI FE 1/20.....	72	BREO ELLIPTA.....	129
BETADINE SURGICAL SCRUB.....	242	<i>blood sugar manager</i>	196	BREYNA.....	129
<i>betaine</i>	82	BLUE-EMU PAIN RELIEF DRY.....	243	BREZTRI AEROSPHERE.....	129
<i>betamethasone dipropionate</i>	239, 240	BLUJEPa.....	51	<i>briellyn</i>	72
<i>betamethasone dipropionate aug</i>	239	<i>body/hair/skin/nails</i>	196	BRIGHT BEGINNINGS	
<i>betamethasone valerate</i>	240	<i>bone density builder</i>	183	PEDIATRIC.....	167
BETASEPT SURGICAL SCRUB.....	242	BONEUP.....	196	<i>brimonidine tartrate</i>	115
BETASERON.....	154	BONEUP 3 PER DAY.....	196	<i>brinzolamide</i>	115
<i>betatemp childrens</i>	40	BONEUP VEGETARIAN.....	196	<i>brivaracetam</i>	150
<i>betaxolol hcl</i>	61, 115	BONSITY.....	87	BRIVIACT.....	150
<i>bethanechol chloride</i>	109	BOOST.....	167	<i>bromocriptine mesylate</i>	154
<i>better b complex</i>	195	BOOST BREEZE.....	167	BRONKAID MAX.....	130
BEVESPI AEROSPHERE.....	129	BOOST BREEZE 2-FLAVOR		BRUKINSA.....	20
<i>bexarotene</i>	27, 242	PACK.....	167	BUCKLEYS CHEST	
BEXSERO.....	33	BOOST GLUCOSE CONTROL.....	167	CONGESTION.....	135
<i>bicalutamide</i>	18	BOOST GLUCOSE CTRL MAX		<i>budesonide</i>	97, 133
BICILLIN L-A.....	58	PROTEIN.....	167	<i>budesonide er</i>	97
BIG 100.....	195	BOOST HIGH PROTEIN.....	167	<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	129
BIG 100 (BIOTIN).....	195	BOOST KID ESSENTIALS 1.0 CAL		BUFFERIN.....	40
BIKTARVY.....	50	.....	167	BUFFERIN EXTRA STRENGTH.....	40
<i>bilberry plus</i>	195	BOOST KID ESSENTIALS 1.5 CAL		<i>bumetanide</i>	64
BILDYOS.....	87	.....	167	<i>buprenorphine</i>	37
BIMZELX.....	28			<i>buprenorphine hcl</i>	164

<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	164	<i>calcium carbonate antacid</i>	88	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	63
<i>bupropion hcl</i>	156	<i>calcium carbonate extra light</i>	184	CAPZASIN-HP.....	243
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	164	<i>calcium carbonate light</i>	184	CAPZASIN-P.....	243
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	156	<i>calcium carbonate-vitamin d</i>	184	<i>capzix</i>	243
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	156	<i>calcium citrate</i>	185	<i>carbamazepine</i>	150
BURIED TREASURE ACTIVE 55		<i>calcium citrate +</i>	185	<i>carbamazepine er</i>	150
PLUS.....	196	<i>calcium citrate + d</i>	184	<i>carbidopa-levodopa</i>	154
<i>buspirone hcl</i>	155	<i>calcium citrate + d3</i>	185	<i>carbidopa-levodopa er</i>	154
<i>butenafine hcl</i>	236	<i>calcium citrate + d3 maximum</i>	185	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> ...	154
<i>butorphanol tartrate</i>	38	<i>calcium citrate chewy bite</i>	185	<i>carboplatin</i>	18
BYSANTI.....	158	<i>calcium citrate plus</i>	185	<i>carboxymethylcellulose sod pf</i>	117
BYSANTI TITRATION PACK A.....	158	<i>calcium citrate plus/magnesium</i>	185	<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	117
BYSANTI TITRATION PACK B.....	158	<i>calcium citrate+d3</i>	185	<i>cardiopress</i>	196
BYSANTI TITRATION PACK C.....	158	<i>calcium citrate+d3 petites</i>	185	CARESTART COVID-19 HOME	
<i>c 1000</i>	196	<i>calcium citrate-mag-minerals</i>	185	TEST.....	51
<i>c 500</i>	196	<i>calcium citrate-vitamin d</i>	185	<i>carglumic acid</i>	82
<i>c 500/rose hips</i>	196	<i>calcium citrate-vitamin d3</i>	185	<i>carisoprodol</i>	155
<i>c extra strength</i>	196	<i>calcium creamies</i>	185	CARNATION BREAKFAST	
<i>c-1000</i>	196	<i>calcium gluconate</i>	185	ESSENTIALS.....	167
<i>c-1000/rose hips</i>	196	<i>calcium high potency</i>	185	<i>carteolol hcl</i>	115
<i>c-250</i>	196	<i>calcium high potency/vitamin d</i>	185	CARTIA XT.....	62
<i>c-500</i>	196	<i>calcium lactate</i>	185	<i>carvedilol</i>	61
<i>c-500/rose hips</i>	196	<i>calcium magnesium zinc</i>	185	<i>caspofungin acetate</i>	50
<i>cabergoline</i>	82	<i>calcium oyster shell</i>	185	<i>castellani paint</i>	236
CABOMETYX.....	20	<i>calcium plus vitamin d</i>	185	<i>castellani paint modified</i>	236
<i>calamine</i>	243	<i>calcium plus vitamin d3</i>	185	CAVHANZA.....	20
<i>calamine-zinc oxide</i>	243	<i>calcium soft chews</i>	185	CAYSTON.....	51
CALCIDOL.....	196	<i>calcium+d3</i>	185	<i>c-chewable</i>	197
<i>calcipotriene</i>	239	<i>calcium-magnesium-zinc</i>	185	<i>cefaclor</i>	55
<i>calcitonin (salmon)</i>	87	<i>calcium-magnesium-zinc-d3</i>	185	<i>cefadroxil</i>	55
<i>calcitrate plus d</i>	183	<i>calcium-magnesium-zinc-vit d3</i>	185	<i>cefazolin sodium</i>	55, 56
<i>cal-citrate plus vitamin d</i>	183	<i>calcium-vitamin d</i>	185	<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	56
CALCITRENE.....	239	<i>calcium-vitamin d3</i>	185	<i>cefdinir</i>	56
<i>calcitriol</i>	71	CAL-GEST ANTACID.....	88	<i>cefepime hcl</i>	56
<i>calcium</i>	185	<i>cal-mint</i>	185	<i>cefixime</i>	56
<i>calcium + d</i>	183	CALMOSEPTINE.....	243	<i>cefotetan disodium</i>	56
<i>calcium + d3</i>	183	CALPROTECT.....	243	<i>cefoxitin sodium</i>	56
<i>calcium + vitamin d3</i>	183	CALQUENCE.....	20	<i>cefpodoxime proxetil</i>	56
<i>calcium 1000 + d</i>	183	CALTRATE 600+D PLUS		<i>cefprozil</i>	56
<i>calcium 1200</i>	183	MINERALS.....	186	<i>ceftaroline fosamil</i>	56
<i>calcium 500 + d</i>	184	CALTRATE 600+D3.....	186	<i>ceftazidime</i>	56
<i>calcium 500 + d3</i>	184	CALTRATE 600+D3 SOFT.....	186	<i>ceftriaxone sodium</i>	56
<i>calcium 500/d</i>	184	CALTRATE BONE HEALTH.....	186	<i>cefuroxime axetil</i>	56
<i>calcium 500/vitamin d</i>	184	CALTRATE BONE HEALTH		<i>cefuroxime sodium</i>	56
<i>calcium 500+d</i>	184	ADVANCED.....	186	CELEBRATE CALCIUM CITRATE	186
<i>calcium 500+d high potency</i>	184	CALTRATE MINIS PLUS		CELEBRATE CALCIUM PLUS 500	
<i>calcium 500+d3</i>	184	MINERALS.....	186	.....	186
<i>calcium 600</i>	184	CAMILA.....	72	CELEBRATE MULTI-COMPLETE	
<i>calcium 600 + d</i>	184	CAMRESE.....	72	18.....	197
<i>calcium 600 +d high potency</i>	184	CAMRESE LO.....	72	CELEBRATE MULTI-COMPLETE	
<i>calcium 600/vitamin d</i>	184	<i>candesartan cilexetil</i>	59	36.....	197
<i>calcium 600/vitamin d3</i>	184	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	63	CELEBRATE MULTI-COMPLETE	
<i>calcium 600+d</i>	184	CAPLYTA.....	158	45.....	197
<i>calcium 600+d high potency</i>	184	CAPRELSA.....	20	CELEBRATE MULTI-COMPLETE	
<i>calcium 600+d3</i>	184	<i>capsaicin</i>	243	60.....	197
<i>calcium 600+d3 plus minerals</i>	184	<i>capsaicin hp</i>	243	<i>celecoxib</i>	35
<i>calcium antacid</i>	88	<i>capsaicin pain relief</i>	243	<i>centavite a-z complete-mineral</i>	197
<i>calcium carb-cholecalciferol</i>	184	<i>capsaid es arthritis relief</i>	243	CENTRATEx.....	111
<i>calcium carbonate</i>	184	<i>captopril</i>	65	<i>centravites</i>	197

<i>centravites 50 plus</i>	197	CENTRUM WOMEN 50+		<i>childrens aspirin free</i>	40
<i>centravites adults</i>	197	MULTIGUMMIES.....	198	<i>childrens chew multivitamin</i>	199
CENTRUM.....	198	CENTRUM WOMEN		<i>childrens chewable vitamins</i>	199
CENTRUM ADULT.....	197	MULTIGUMMIES.....	198	<i>childrens gummies</i>	199
CENTRUM ADULT 50+		<i>century</i>	199	<i>childrens ibuprofen</i>	35
MULTIGUMMIES.....	197	<i>century mature</i>	198	<i>childrens ibuprofen 100</i>	35
CENTRUM ADULTS.....	197	CENVITE.....	199	<i>childrens loratadine</i>	122
CENTRUM ADULTS		<i>cephalexin</i>	56	CHILDRENS MEDI-PROFEN.....	35
MULTIGUMMIES.....	197	CEQUR SIMPL EXT WEAR		CHILDRENS MEDI-TABS.....	41
CENTRUM CARDIO.....	197	INSERTER.....	78	CHILDRENS MOTRIN.....	35
CENTRUM DUAL ACT MULTI+		CEQUR SIMPLICITY 1U EXTND		<i>childrens non-aspirin</i>	41
BEAUTY.....	197	WEAR.....	78	<i>childrens pain reliever</i>	41
CENTRUM DUAL ACT		CEQUR SIMPLICITY 2U.....	78	<i>chlorhexidine gluconate</i>	232, 243
MULTI+OMEGA-3.....	197	CEQUR SIMPLICITY 2U EXTND		<i>chlorhist</i>	122
CENTRUM FLAVOR BURST.....	197	WEAR.....	78	<i>chloroquine phosphate</i>	54
CENTRUM FLAVOR BURST		CEQUR SIMPLICITY INSERTER.....	78	<i>chlorphen</i>	122
ADULT.....	197	CERALYTE 70.....	182	<i>chlorpheniramine maleate</i>	122
CENTRUM FLAVOR BURST KIDS		CERASPORT.....	182	<i>chlorpheniramine maleate er</i>	122
.....	197	CERASPORT EX1.....	182	<i>chlorpromazine hcl</i>	158
CENTRUM FRESH/FRUITY 50+...	197	CERAVE DIABETICS DRY SKIN..	243	<i>chlorthalidone</i>	64
CENTRUM FRESH/FRUITY		CERAVE MOISTURIZING.....	243	CHLOR-TRIMETON ALLERGY.....	122
ADULT.....	197	CERAVE SA ROUGH & BUMPY		CHOICEFUL MULTIVITAMIN.....	199
CENTRUM KIDS.....	198	SKIN.....	243	<i>cholase control</i>	199
CENTRUM KIDS MULTIGUMMIES		CERDELGA.....	82	<i>cholecalciferol</i>	199
.....	197	CEREFOLIN BRAIN WELLNESS..	199	<i>cholestyramine</i>	60
CENTRUM MEN.....	198	CEREZYME.....	82	<i>cholestyramine light</i>	60
CENTRUM MEN 50+		CEROVITE JR.....	199	CHOLEXTRA.....	167
MULTIGUMMIES.....	198	CEROVITE SENIOR.....	199	CHROMAGEN.....	111
CENTRUM MEN MULTIGUMMIES		CERTAVITE SENIOR.....	199	<i>chromic chloride</i>	190
.....	198	CERTAVITE		CHRSYADERM DAY.....	66
CENTRUM MENOPAUSE HOT		SENIOR/ANTIOXIDANT.....	199	CHRSYADERM NIGHT.....	66
FLASH.....	198	CERTAVITE/ANTIOXIDANTS.....	199	CICAPLAST BAUME B5 SOOTH	
CENTRUM MENOPAUSE		CETAPHIL MOISTURIZING.....	243	BALM.....	243
MIND/MOOD.....	198	CETAPHIL THERAPEUTIC HAND	243	<i>ciclopirox</i>	236
CENTRUM MINIS ADULTS 50+....	198	<i>cetirizine hcl</i>	122	<i>ciclopirox olamine</i>	236
CENTRUM MINIS MEN 50+.....	198	<i>cetirizine hcl allergy child</i>	122	<i>cilostazol</i>	110
CENTRUM MINIS WOMEN 50+....	198	<i>cetirizine hcl childrens</i>	122	CILOXAN.....	116
CENTRUM MINIS WOMEN		<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	122	CIMDUO.....	50
IMMUNE SUP.....	198	<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	135	<i>cinacalcet hcl</i>	82
CENTRUM MULTI + OMEGA 3.....	198	<i>cevimeline hcl</i>	232	<i>ciprofloxacin hcl</i>	57, 116
CENTRUM MULTI+ MENTAL		CFPREOP.....	167	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	57
FOCUS.....	198	<i>charcoal activated</i>	82	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	120
CENTRUM POSTNATAL		CHATEAL EQ.....	72	CIRCATA.....	243
GUMMIES.....	198	<i>chelated magnesium</i>	186	<i>cisplatin</i>	18
CENTRUM SILVER.....	198	<i>chelated zinc</i>	186	<i>citalopram hydrobromide</i>	156
CENTRUM SILVER 50+MEN.....	198	CHEMET.....	70	CITRACAL +D3.....	199
CENTRUM SILVER 50+WOMEN..	198	CHEMSTRIP K.....	82	CITRACAL MAXIMUM.....	186
CENTRUM SILVER ADULT 50+...	198	CHEMSTRIP UGK.....	82	CITRACAL MAXIMUM PLUS.....	186
CENTRUM SILVER MEN 50+.....	198	<i>chest congestion relief</i>	135	CITRACAL PETITES/VITAMIN D..	186
CENTRUM SILVER ULTRA		<i>chest congestion relief child</i>	135	<i>citrus bioflavonoids</i>	66
WOMENS.....	198	<i>chest congestion relief dm</i>	135	<i>citrus calcium/vitamin d</i>	186
CENTRUM SILVER WOMEN 50+..	198	<i>chicken/peas/carrots</i>	167	CLARAVIS.....	233
CENTRUM SPECIALIST HEART..	198	<i>chicken/peas/carrots plus</i>	167	<i>clarithromycin</i>	57
CENTRUM SPECIALIST IMMUNE	198	<i>chicken/peas/carrots plus pedi</i>	167	<i>clarithromycin er</i>	57
CENTRUM SPECIALIST VISION..	198	<i>childrens 24 hour allergy</i>	122	CLARITIN.....	122
CENTRUM ULTRA WOMENS.....	198	CHILDRENS ADVIL.....	35	CLARITIN ALLERGY CHILDRENS	122
CENTRUM VITAMINTS.....	198	<i>childrens animal shapes</i>	199	CLARITIN CHILDRENS.....	122
CENTRUM WOMEN.....	198	<i>childrens apap</i>	40	CLARITIN REDITABS.....	123
		<i>childrens aspirin</i>	40	CLARITIN REDITABS JUNIORS...	123

CLARITIN-D 12 HOUR.....	135	COBENFY	159	complete allergy medicine	123
CLARITIN-D 24 HOUR.....	135	COBENFY STARTER PACK.....	159	complete allergy relief.....	123
classic neti pot sinus wash.....	130	cocoa butter skin	243	complete multivitamin/mineral.....	199
classic prenatal	199	coconut oil beauty	243	COMPLEX ESSENTIAL MSD.....	168
CLEAR EYES NATURAL TEARS..	117	cod liver oil	199	COMPRO	93
CLEARCANAL EARWAX		cod liver oil w/vit a & d	199	COMTrex DEEP CHEST COLD..	136
SOFTENER.....	248	cod liver oil/low vitamin a	199	CO-NATAL FA.....	199
CLEARDETECT COVID-19 AG		cod liver oil/vitamins a & d	199	condoms.....	72
HOME	51	coditussin ac.....	135	constulose.....	98
CLEARLAX.....	97	coditussin dac.....	135	COPAXONE.....	154
clemastine fumarate.....	123	coenzyme q10.....	167	COPIKTRA.....	20
CLEODERM.....	66	coenzyme q-10.....	167	coq10.....	168
CLEVER CHOICE HOLDING		co-enzyme q10.....	167	coq-10.....	168
CHAMBER.....	130	co-enzyme q-10.....	167	coq10 gummies adult.....	168
click espresso protein drink.....	167	COLACE.....	98	coq10 maximum strength.....	168
clindamycin hcl.....	51	COLACE 2-IN-1.....	97	coral calcium plus.....	199
clindamycin palmitate hcl.....	51	COLACE CLEAR.....	98	CORLANOR.....	64
clindamycin phos (once-daily).....	233	colchicine.....	48	CORTICARE B.....	199
clindamycin phos (twice-daily).....	233	colchicine-probenecid.....	48	CORVITA.....	199
clindamycin phos-benzoyl perox.....	233	cold multi-symptom severe day.....	123	CORVITA 150.....	111
clindamycin phosphate....	52, 107, 233	colesevelam hcl.....	60	CORVITE 150.....	111
clindamycin phosphate in d5w.....	51	colestipol hcl.....	60, 61	corvite fe.....	111
clindamycin phosphate in nacl.....	52	colistimethate sodium (cba).....	52	COTELLIC.....	20
CLINERE EARWAX REMOVAL		collagen.....	243	cough & chest congestion dm.....	136
KIT	248	collagen premium skin.....	243	cough & congestion kids.....	136
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)...	190	collagen ultra.....	199	cough dm.....	136
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)....	190	COMBIGAN.....	115	cough dm childrens.....	136
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	190	COMBIVENT RESPIMAT.....	129	coughtab.....	136
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	190	COMETRIQ (100 MG DAILY		covid-19 at home antigen test.....	52
clinimix/dextrose (6/5).....	191	DOSE).....	20	covid-19 at-home test.....	52
clinimix/dextrose (8/10).....	191	COMETRIQ (140 MG DAILY		covid-19 otc antigen 1-pack.....	52
clinimix/dextrose (8/14).....	191	DOSE).....	20	covid-19 otc antigen 2-pack.....	52
CLINISOL SF.....	191	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	20	cream base.....	66
CLINITEST RAPID COVID-19		COMFORT ASSIST INSULIN		cream concentrate.....	66
TEST	52	SYRINGE.....	78	CREON.....	94
CLINOLIPID.....	191	comfort gel.....	88	CRESEMBA.....	50
clobazam.....	150	comfort gel antacid & anti-gas.....	88	CRITIC-AID CLEAR AF.....	237
clobetasol propionate.....	240	comfort gel antacid anti-gas.....	88	cromolyn sodium.....	94, 114, 131
clobetasol propionate e.....	240	COMPACT SPACE CHAMBER.....	130	CRUSH VITAMIN C DROPS.....	199
CLODAN.....	240	COMPACT SPACE CHAMBER/LG		CRYSELLE.....	72
clomipramine hcl.....	156	MASK.....	131	CULTURELLE KIDS COMPLETE.....	199
clonazepam.....	151	COMPACT SPACE		CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-	
clonidine.....	64	CHAMBER/MED MASK.....	131	MV.....	199
clonidine hcl.....	64	COMPACT SPACE CHAMBER/SM		CULTURELLE PROBIOTIC MEN	
clopidogrel bisulfate.....	114	MASK.....	131	DAILY.....	199
clorazepate dipotassium.....	151	companion.....	199	CULTURELLE PROBIOTICS +	
CLORPACTIN.....	243	COMPETE.....	199	MULTIV.....	200
clotrimazole.....	107, 232, 236	COMPLEAT.....	167	cupric chloride.....	191
clotrimazole 3.....	107	COMPLEAT ORGANIC BLENDS..	167	curanol.....	41
clotrimazole af.....	236	COMPLEAT PEDI PEPTIDE 1.5...	167	curelief.....	123
clotrimazole anti-fungal.....	236	COMPLEAT PEDI STANDARD 1.0		CUTEMOL.....	243
clotrimazole athletes foot.....	236	.....	167, 168	cutis plus.....	66
clotrimazole-7.....	107	COMPLEAT PEDI STANDARD 1.4		cvs 12 hour nasal decongestant....	136
clotrimazole-betamethasone.....	237	.....	168	cvs 8hr arthritis pain relief.....	41
clozapine.....	158, 159	COMPLEAT PEDIATRIC.....	168	cvs 8hr muscle aches & pain.....	41
co q 10.....	167	COMPLEAT PEDIATRIC ORG		cvs acetaminophen.....	41
co q10.....	167	BLENDS.....	168	cvs acetaminophen ex st.....	41
co q-10.....	167	COMPLEAT PEPTIDE 1.5.....	168	cvs adapalene.....	233
COARTEM.....	54	COMPLEAT STANDARD 1.4.....	168	cvs adult 50+ eye health.....	200

cvs adult multivitamin	200	cvs childrens allergy	123	cvs ibuprofen infants	35
CVS AIRSHIELD	200	cvs childrens complete	200	cvs immune support	200
CVS AIRSHIELD IMMUNITY		cvs childrens ibuprofen	35	cvs indoor/outdoor allergy rlf	123
SUPPORT	200	cvs childs non-aspirin	41	cvs infants gas relief	94
cvs allerg rel child (lorat)	123	cvs c-lax laxative	98	cvs infants pain relief drops	41
cvs allergy	123	cvs clotrimazole	237	cvs iron	111
cvs allergy & hives relief	123	cvs clotrimazole 3	107	cvs itch relief	237
cvs allergy childrens	123	cvs coenzyme q-10	168	cvs itch relief extra strength	243
cvs allergy nasal mist no drip	136	cvs coq-10	168	cvs jock itch	237
cvs allergy relief	123	cvs coq-10 ultra	168	CVS KETONE CARE	82
cvs allergy relief adult	123	cvs cough & chest congestion	136	cvs laxative pills max st	98
cvs allergy relief childrens	123	cvs cough dm	136	cvs lice killing	241
cvs allergy relief d	136	cvs cough dm childrens	136	CVS LICE SOLUTION	241
cvs allergy relief neti pot	131	cvs covid-19 at home test kit	52	cvs lidocaine pain relief	243
cvs allergy relief(cetirizine)	123	cvs d3	200	cvs lidocaine pain-relieving	243
cvs allergy relief-d	136	cvs daily fiber	98	cvs lubricant drops	117
cvs allergy relief-d12	136	cvs daily gummies	200	cvs lubricant drops fast act	117
cvs antacid maximum strength	88	cvs daily gummies adult	200	cvs lubricant eye drops	117
cvs antacid plus antigas	88	cvs daily multiple for men	200	cvs lubricant eye drops (pf)	117
cvs antacid/anti-gas	89	cvs daily multiple women 50+	200	cvs magnesium	186
cvs antibiotic	234	cvs daily multiv/mineral mens	200	cvs magnesium oxide	186
cvs antibiotic pain/scar	234	cvs daily multivitamin mens	200	cvs melatonin	168
cvs anti-diarrheal	90	cvs daily multivitamin womens	200	cvs mens daily gummies	200
cvs antiseptic skin cleanser	243	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	232	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	131	cvs electrolyte solution	182	cvs mini enema kids	98
cvs astringent solution	243	cvs enema disposable	98	cvs moisturizing	244
cvs athletes foot	237	cvs enema ready-to-use	98	cvs mucus dm extended release ...	136
cvs athletes foot (tolnaftate)	237	cvs epsom salt	98	cvs mucus extended release	136
cvs b complex plus c	200	cvs ethyl alcohol	66	cvs multi-symptoms cold child	136
cvs b-1	200	cvs eye allergy relief	114	cvs nasal decongestant	136
cvs b12	200	cvs eye health & lutein	200	cvs nasal mist	136
cvs b-12	200	cvs eye health adult 50+	200	cvs nasal spray	136
cvs b12 gummies	200	cvs fever reducing childrens	41	cvs natural daily fiber	98
cvs b6	200	cvs fiber	98	cvs natural fiber supplement	98
cvs bacitracin	234	cvs fiber laxative	98	cvs natural tears pf	117
cvs bacitracin zinc	234	cvs folic acid	200	cvs neti pot soft tip	131
cvs biotin	200	cvs foot & sneaker	237	cvs nicotine	164
cvs biotin high potency	200	cvs gas relief	94	cvs nicotine polacrilex	164
cvs butenafine hcl	237	cvs gas relief extra strength	94	cvs non-aspirin childrens	41
cvs calcium + d3	186	cvs gas relief infants	94	cvs non-aspirin extra strength	41
cvs calcium 600 & vitamin d3	186	cvs gas relief ultra strength	94	cvs nutrition liquid	168
cvs calcium 600 + dl/minerals	186	cvs gauze sterile	78	cvs nutrition plus	168
cvs calcium 600+d	186	cvs gentle laxative	98	cvs nutrition plus chocolate	168
cvs calcium carbonate	186	cvs gentle laxative womens	98	cvs nutrition plus vanilla	168
cvs calcium citrate+d3	186	cvs genuine aspirin	41	cvs nutritional shake	168
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	201
cvs calcium-magnesium-zinc	186	cvs gummy multivitamin kids	200	cvs one daily womens 50+ adv	201
cvs capsaicin hp	243	cvs hydrating skin treatment	243	cvs one daily womens formula	201
cvs chewable c with rose hips	200	cvs ibuprofen	35	cvs oral anesthetic max str	232
cvs chewable childrens vitamin	200	cvs ibuprofen childrens	35	cvs oyster shell calcium-vit d	186

<i>cvs pain & fever childrens</i>	41	<i>cvs vitamin e</i>	201	<i>dapsone</i>	52
<i>cvs pain & fever infants</i>	41	<i>cvs womens active daily</i>	201	DAPTACEL.....	33
<i>cvs pain relief</i>	41, 244	<i>cvs womens daily gummies</i>	201	<i>daptomycin</i>	52
<i>cvs pain relief childrens</i>	41	<i>cvs womens prenatal+dha</i>	201	<i>darunavir</i>	48
<i>cvs pain relief extra strength</i>	41	<i>cvs zinc gluconate</i>	187	<i>dasatinib</i>	21
<i>cvs ped electrolyte freeze pop</i>	182	<i>cvs zinc oxide</i>	244	DASETTA 1/35 (28).....	72
<i>cvs pediatric electrolyte</i>	182	<i>cyanocobalamin</i>	201, 202	DASETTA 7/7/7.....	72
<i>cvs petroleum jelly</i>	66	CYCLINEX-1.....	168	DAURISMO.....	21
<i>cvs pinworm treatment</i>	52	CYCLINEX-2.....	168	DAYHIST ALLERGY 12 HOUR	
<i>cvs povidone-iodine</i>	244	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	155	RELIEF.....	123
<i>cvs prenatal</i>	201	<i>cyclophosphamide</i>	18	DAYSEE.....	72
<i>cvs prenatal gummy</i>	201	<i>cycloserine</i>	49	DAYVIGO.....	162
<i>cvs prenatal multi+dha</i>	201	<i>cyclosporine</i>	32	D-CERIN.....	244
<i>cvs prenatal multivitamin</i>	201	<i>cyclosporine modified</i>	32	DDROPS.....	203
CVS PURELAX.....	98	<i>cyproheptadine hcl</i>	123	DDROPS BOOSTER.....	202
<i>cvs ringworm</i>	237	CYRED EQ.....	72	DEBLITANE.....	72
<i>cvs saline sinus wash refills</i>	131	CYSTADROPS.....	117	DEBROX.....	248
<i>cvs senna</i>	98	CYSTAGON.....	82	DECARA.....	203
<i>cvs senna plus</i>	98	CYSTARAN.....	117	DECONEX IR.....	137
<i>cvs senna-extra</i>	98	CYSTEX URINARY PAIN RELIEF..	52	<i>decongestant</i>	137
<i>cvs severe cough/congest</i>	136	<i>cytarabine</i>	26	<i>decongestant vapor</i>	137
<i>cvs sinus nasal spray</i>	136	<i>d 1000</i>	202	DECUBI-VITE.....	203
<i>cvs sinus pe decongestant</i>	136	<i>d-1000 extra strength</i>	202	<i>deferasirox</i>	70, 71
<i>cvs sinus wash system</i>	131	<i>d3</i>	202	<i>dekas bariatric</i>	203
<i>cvs skin treatment</i>	244	<i>d3 2000</i>	202	DEKAS PLUS.....	203
<i>cvs slow release dried iron</i>	111	<i>d3 5000</i>	202	DEKAS PLUS OCEAN.....	203
<i>cvs slow release iron</i>	111	<i>d3 baby drops</i>	202	DELSTRIGO.....	50
<i>cvs sod chloride hypertonicity</i>	117	<i>d3 extra strength</i>	202	DELSYM.....	137
<i>cvs sodium chloride</i>	117	<i>d3 high potency</i>	202	DELSYM CGH/CHEST CONG DM	
<i>cvs spectravite adult 50+</i>	201	<i>d3 max st</i>	202	CHILD.....	137
<i>cvs spectravite adults</i>	201	<i>d3 maximum strength</i>	202	DELSYM COUGH CHILDRENS....	137
<i>cvs spectravite advanced</i>	201	<i>d3 super strength</i>	202	DELSYM COUGH/CHEST	
<i>cvs spectravite men</i>	201	<i>d3-1000</i>	202	CONGEST DM.....	137
<i>cvs spectravite men 50+</i>	201	<i>d-3-5</i>	202	<i>delta d3</i>	203
<i>cvs spectravite senior</i>	201	D3-50.....	202	DENTA 5000 PLUS.....	232
<i>cvs spectravite ultra men 50+</i>	201	<i>d-400</i>	202	<i>dentagel</i>	232
<i>cvs spectravite ultra mens</i>	201	<i>d-5000</i>	202	DEPLIN MA.....	203
<i>cvs spectravite ultra women</i>	201	<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	109	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	72
<i>cvs spectravite women</i>	201	<i>daily betic</i>	202	DEPO-TESTOSTERONE.....	71
<i>cvs spectravite women 50+</i>	201	<i>daily combo multi vitamins</i>	202	DERMABASE.....	244
<i>cvs spectravite womens senior</i>	201	<i>daily fiber</i>	98	DERMACINRX CIRCATRIX.....	244
<i>cvs stomach relief</i>	91	<i>daily multiple vitamins</i>	202	<i>dermaide aloe</i>	244
<i>cvs stomach relief max st</i>	91	<i>daily multiple vitamins/min</i>	202	<i>derma-r</i>	244
<i>cvs stool softener</i>	98	<i>daily multivitamin</i>	202	DERMAVITE.....	203
<i>cvs stool softener/laxative</i>	98	<i>daily value multivitamin</i>	202	DERMELEVE ANTI-ITCH SCALP.....	244
<i>cvs super b complex/c</i>	201	<i>daily vitamin/iron</i>	202	DERMEND BRUISE FORMULA.....	244
<i>cvs tussin adult chest congest</i>	136	<i>daily vitamins</i>	202	DERMEND FRAGILE SKIN.....	244
<i>cvs tussin cough</i>	136	<i>daily vite</i>	202	DESCOVY.....	50
<i>cvs tussin dm</i>	137	<i>daily vite multivitamin/iron</i>	202	DESENEX.....	237
<i>cvs tussin dm max st</i>	137	<i>daily vites</i>	202	DESGEN DM.....	137
<i>cvs tussin maximum strength</i>	137	<i>daily vitesliron</i>	202	DESGEN PEDIATRIC.....	137
<i>cvs tussindm cough/chest adult</i>	137	<i>daily-vite</i>	202	<i>desipramine hcl</i>	156
<i>cvs vision health</i>	201	<i>daily-vite multivitamin</i>	202	<i>desmopressin ace spray refrig</i>	82
<i>cvs vitamin a</i>	201	<i>dalfampridine er</i>	154	<i>desmopressin acetate</i>	82
<i>cvs vitamin b12</i>	201	<i>danazol</i>	71	<i>desmopressin acetate pf</i>	82
<i>cvs vitamin b-12</i>	201	<i>dantrolene sodium</i>	155	<i>desmopressin acetate spray</i>	82
<i>cvs vitamin c</i>	201	DANZITEN.....	20	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	72
<i>cvs vitamin c-rose hips</i>	201	<i>dapaglifloz base-metformin er</i>	80	<i>despec dm</i>	137
<i>cvs vitamin d3</i>	201	<i>dapagliflozin</i>	80	<i>despec dm-g</i>	137

<i>despec eda</i>	137	DIATRUST COVID-19 HOME		<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	27
<i>destress-iron</i>	203	TEST.....	52	DOXY 100.....	59
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	156	<i>diazepam</i>	151, 163	<i>doxycycline hyclate</i>	59
<i>dexamethasone</i>	85	DIAZEPAM INTENSOL.....	151	<i>doxycycline monohydrate</i>	59
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	85	<i>diazoxide</i>	70	DPP DIPEPTIDE POWER.....	168
<i>dexamethasone sod phos (pf)</i>	85	<i>diclofenac potassium</i>	35	DQZATE.....	99
<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>	85	<i>diclofenac sodium</i>	35, 116, 244	DRISDOL.....	203
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>		<i>diclofenac sodium er</i>	35	DRISTAN.....	137
.....	85, 116	<i>dicloxacillin sodium</i>	58	DRIZALMA SPRINKLE.....	156
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	161	<i>dicyclomine hcl</i>	94	<i>dronabinol</i>	93
<i>dextromethorphan hbr</i>	137	<i>diethylpropion hcl</i>	86	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	72
<i>dextromethorphan polistirex er</i>	137	<i>diethylpropion hcl er</i>	86	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	72
<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>	137	DIFFERIN.....	233	DROXIA.....	110
<i>dextromethorphan-quinidine</i>	162	DIFICID.....	57	<i>droxidopa</i>	64
<i>dextrose</i>	191	<i>diflunisal</i>	35	<i>drxchoice gas relief</i>	94
<i>dextrose in lactated ringers</i>	180	<i>difluprednate</i>	116	DRY EYE FORMULA.....	203
<i>dextrose-sodium chloride</i>	180, 181	<i>digoxin</i>	64	<i>dry eye relief drops</i>	117
<i>dhea</i>	66	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	163	<i>dss</i>	99
DHEA 50.....	66	DILANTIN.....	151	DULCOLAX.....	99
<i>diabetes health formula</i>	203	<i>diltiazem hcl</i>	62	DULCOLAX MILK OF MAGNESIA..	99
<i>diabetic siltussin-dm</i>	137	<i>diltiazem hcl er</i>	62	DULCOLAX PINK LAXATIVE.....	99
DIABETIC TUSSIN ALLERGY.....	123	<i>diltiazem hcl er beads</i>	62	DULCOLAX PINK STOOL	
DIABETIC TUSSIN DM.....	137	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	62	SOFTENER.....	99
DIABETIC TUSSIN DM MAX ST...	137	<i>dilt-xr</i>	62	DULCOLAX STOOL SOFTENER....	99
DIABETIC TUSSIN EX.....	137	<i>diphen</i>	123	DULERA.....	129
DIABETIDERM.....	244	<i>diphenhist</i>	123	<i>duloxetine hcl</i>	156
DIABETIDERM FOOT		<i>diphenhydramine hcl</i>	123, 124	DUOCAL.....	168
REJUVENATING.....	244	<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	123	DUPIXENT.....	28
DIABETISOURCE AC.....	168	<i>diphenhydramine-zinc acetate</i>	244	DURABASE.....	66
DIACOMIT.....	151	<i>diphenoxylate-atropine</i>	94	DURABASE ADVANCED.....	66
DIALYVITE.....	203	<i>dipyridamole</i>	114	DUREX EXTRA SENSITIVE THIN..	72
DIALYVITE 3000.....	203	<i>disopyramide phosphate</i>	60	DUREX REALFEEL.....	72
DIALYVITE 5000.....	203	<i>disulfiram</i>	164	DUREX TROPICAL.....	72
DIALYVITE 800.....	203	<i>divalproex sodium</i>	151	<i>dutasteride</i>	109
<i>dialyvite 800/ultra d</i>	203	<i>divalproex sodium er</i>	151	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	109
DIALYVITE 800/ZINC.....	203	DML FORTE.....	244	D-VI-SOL.....	203
DIALYVITE 800-ZINC 15.....	203	<i>docetaxel</i>	27	<i>d-vite pediatric</i>	203
DIALYVITE SUPREME D.....	203	DOCIVYX.....	27	DYNA-HEX 4.....	244
DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	203	<i>docqlace</i>	98	<i>e 1000</i>	203
DIALYVITE/ZINC.....	203	<i>docusate calcium</i>	98	E.E.S. 400.....	57
<i>diamode</i>	91	<i>docusate mini</i>	98	<i>e200</i>	203
<i>diarrhea</i>	91	<i>docusate sodium</i>	98, 99	<i>e-200</i>	203
DIASCREEN 10.....	82	DOCUSOL KIDS.....	99	<i>e400</i>	203
DIASCREEN 1B.....	82	<i>dofetilide</i>	60	<i>e-400</i>	203
DIASCREEN 1G.....	82	DOK.....	99	<i>e-400-clear</i>	203
DIASCREEN 1K.....	82	DOLISHALE.....	72	<i>ear drops</i>	248
DIASCREEN 2GK.....	82	DOMEBORO.....	244	<i>ear drops earwax aid</i>	248
DIASCREEN 2GP.....	82	<i>dometuss-dmx</i>	137	<i>ear wax removal drops</i>	249
DIASCREEN 3.....	82	<i>donepezil hcl</i>	155	<i>ear wax removal kit</i>	249
DIASCREEN 4NL.....	82	DOPTelet.....	110	<i>ear wax removal system</i>	249
DIASCREEN 4OBL.....	82	DOPTelet SPRINKLE.....	110	<i>earwax removal</i>	249
DIASCREEN 4PH.....	82	<i>dorzolamide hcl</i>	115	<i>earwax removal kit</i>	249
DIASCREEN 5.....	82	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	115	<i>earwax treatment drops</i>	249
DIASCREEN 6.....	82	DOTTI.....	84	EASIVENT.....	131
DIASCREEN 7.....	82	<i>double antibiotic</i>	234	EASIVENT MASK LARGE.....	131
DIASCREEN 8.....	82	DOVATO.....	50	EASIVENT MASK MEDIUM.....	131
DIASCREEN 9.....	82	<i>doxazosin mesylate</i>	59	EASIVENT MASK SMALL.....	131
<i>diascreen liquid urine control</i>	82	<i>doxepin hcl</i>	156, 162	EASY-C.....	203
		<i>doxorubicin hcl</i>	27	EASY-C IMMUNE HEALTH.....	203

<i>easy-lax</i>	99	<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df</i>	50	ENSURE PLANT-BASED	
<i>easy-lax plus</i>	99	EMTRIVA.....	48	PROTEIN.....	169
EBGLYSS.....	28	EMVERM.....	52	ENSURE PLUS.....	169
<i>econazole nitrate</i>	237	EMZAHH.....	72	ENSURE PLUS HIGH PROTEIN...	169
ECONTRA ONE-STEP.....	86	<i>enalapril maleate</i>	65	ENSURE PLUS HN.....	169
ECOTRIN.....	42	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	63	ENSURE PLUS WITH FIBER.....	169
ECOTRIN ARTHRTIS PAIN.....	41	ENBREL.....	28	ENSURE PRE-SURGERY.....	169
ECOTRIN LOW STRENGTH.....	41	ENBREL MINI.....	28	ENSURE SURGERY.....	169
<i>ed chlorped jr</i>	124	ENBREL SURECLICK.....	28	ENSURE SURGICAL NUTRITION	169
<i>ed-a-hist dm</i>	137	ENCALA.....	168	ENSURE/FIBER.....	169
<i>ed-apap</i>	42	ENCARE.....	107	<i>entacapone</i>	154
EDURANT.....	48	<i>endit</i>	244	<i>entecavir</i>	54
EDURANT PED.....	48	ENDOCET.....	38	ENTERADE.....	169
<i>efavirenz</i>	48	ENDUR-ACIN.....	204	ENTERADE IBS-D.....	169
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	50	ENDUR-C.....	204	ENTRESTO.....	63
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	50	<i>enema disposable</i>	99	ENU COMPLETE NUTRITION	
<i>effervescent antacid/pain rel</i>	42	<i>enema ready-to-use</i>	99	SHAKE.....	169
EGG/PRO.....	168	ENEMEEZ KIDS.....	99	ENU NUTRITIONAL SHAKE.....	169
ELDERTONIC.....	203	ENEMEEZ MINI.....	99	ENU PRO3 PLUS.....	170
ELECARE.....	168	ENEMEEZ PLUS.....	99	<i>enulose</i>	99
ELECARE DHA/ARA.....	168	<i>energy b12</i>	204	EO28 SPLASH.....	170
ELECARE DHA/ARA INFANT.....	168	ENFAMIL ENFALYTE.....	182	EPCLUSA.....	54
ELECARE JR.....	168	ENFAMIL EXPECTA.....	204	EPIDIOLEX.....	151
ELFOLATE.....	203	ENFAMIL POLY-VI-SOL-IRON.....	204	<i>epinephrine</i>	64, 131
ELFOLATE PLUS.....	204	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>	42
ELIQUIS (1.5 MG PACK).....	109	ENSACOVE.....	21	<i>eq acetaminophen</i>	42
ELIQUIS (2 MG PACK).....	109	ENSKYCE.....	73	<i>eq all day allergy relief</i>	124
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK		ENSTILAR.....	239	<i>eq allerg relief child (cetir)</i>	124
.....	109	ENSURE.....	169	<i>eq allerg relief child (lorat)</i>	124
ELITE-OB.....	204	ENSURE ACTIVE.....	169	<i>eq allergy & congestion relief</i>	138
<i>ellume covid-19 home test</i>	52	ENSURE ACTIVE HEART		<i>eq allergy childrens</i>	124
ELON SKIN REPAIR SYSTEM.....	244	HEALTH.....	168	<i>eq allergy relief</i>	124, 138
ELURYNG.....	72	ENSURE ACTIVE HIGH PROTEIN		<i>eq allergy relief (cetirizine)</i>	124
EMERGEN-C APPLE CIDER		.....	168	<i>eq allergy relief childrens</i>	124
VINEGAR.....	204	ENSURE ACTIVE LIGHT.....	169	EQ ALLERGY RELIEF NASAL	
EMERGEN-C ASHWAGANDHA... ..	204	ENSURE BONE HEALTH		DECONG.....	138
EMERGEN-C ELDERBERRY.....	204	REVIGOR.....	169	<i>eq antacid</i>	89
EMERGEN-C IMMUNE PLUS/VIT		ENSURE CLEAR.....	169	<i>eq antacid maximum strength</i>	89
D.....	204	ENSURE CLINICAL ST REVIGOR	169	<i>eq anti-diarrheal</i>	91
<i>emergen-c immune+</i>	204	ENSURE COMPACT.....	169	<i>eq antifungal</i>	237
EMERGEN-C IMMUNE+		ENSURE COMPLETE.....	169	<i>eq arthritis pain</i>	42
ELDERBERRY.....	204	ENSURE COMPLETE SHAKE.....	169	<i>eq artificial tears</i>	117
EMERGEN-C KIDZ DAILY		ENSURE ENLIVE.....	169	<i>eq aspirin</i>	42
IMMUNE.....	204	ENSURE HEALTHY MOM.....	169	<i>eq aspirin adult low dose</i>	42
<i>emergen-c kidz immune+</i>	204	ENSURE HIGH CALCIUM.....	169	<i>eq aspirin low dose</i>	42
EMERGEN-C TURMERIC &		ENSURE HIGH PROTEIN.....	169	<i>eq athletes foot</i>	237
GINGER.....	204	ENSURE IMMUNE HEALTH.....	169	<i>eq athletes foot (terbinafine)</i>	237
EMERGEN-C VITAMIN C.....	204	ENSURE MAX PROTEIN.....	169	<i>eq athletes foot (tolnaftate)</i>	237
EMGALITY.....	163	ENSURE MUSCLE HEALTH		<i>eq athletes foot ultra</i>	237
EMGALITY (300 MG DOSE).....	163	REVIGOR.....	169	<i>eq bacitracin zinc</i>	234
EMOLIVAN.....	67	ENSURE NUTRA SHAKE HI-CAL.....	169	<i>eq calcium 500+d</i>	187
EMOLLIA-CREME.....	244	ENSURE NUTRITION SHAKE.....	169	<i>eq calcium 600+d</i>	187
<i>emollient base</i>	67	ENSURE ORIG THERAPEUTIC		<i>eq calcium 600+d+minerals</i>	187
EMSAM.....	157	NUTRI.....	169	<i>eq calcium citrate+d</i>	187
<i>emtricitabine</i>	48	ENSURE ORIGINAL.....	169	<i>eq calcium citrate+d3</i>	187
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	50	ENSURE ORIGINAL/FIBER.....	169	<i>eq calcium citrate+d3 petites</i>	187

eq cetirizine hcl.....	124	eq pain reliever.....	42	eql coq10.....	170
EQ CLEARLAX.....	99	eq pain reliever ex st.....	42	eql cough dm.....	138
eq complete multivit adult 50+.....	204	eq povidone-iodine.....	244	eql dry mouth oral rinse.....	232
eq complete multivitamin child.....	204	eq restore plus lubricant eye.....	118	eql ethyl alcohol (rubbing).....	67
eq complete multivitamin-adult.....	204	eq restore tears.....	118	eql fiber laxative.....	100
eq cough & chest congestion dm.....	138	eq senna-s.....	99	eql fiber therapy.....	100
eq cough childrens.....	138	eq sinus & congestion max str.....	138	eql first aid antibiotic.....	234
eq cough dm.....	138	eq sinus 12-hour.....	138	eql gas gone.....	94
eq d3 drops infants/childrens.....	204	eq slow-release iron.....	111	eql gas relief.....	94
eq daily fiber.....	99	eq space chamber anti-static.....	131	eql gentle laxative.....	100
eq ear wax removal aid.....	249	eq space chamber anti-static l.....	131	eql gummies childrens.....	205
eq earwax removal aid.....	249	eq space chamber anti-static m.....	131	eql ibuprofen.....	36
eq enema.....	99	eq space chamber anti-static s.....	131	eql ibuprofen infants.....	36
eq eye allergy relief.....	115	eq stomach relief.....	91	eql iron supplement therapy.....	111
eq fiber therapy.....	99	eq stool softener.....	99	eql laxative.....	100
eq first aid antiseptic.....	244	eq stool softener extra str.....	99	eql laxative maximum strength.....	100
eq gas relief.....	94	eq stool softener/laxative.....	99	eql lice killing max st.....	241
eq gas relief extra strength.....	94	eq therapeutic dry skin.....	244	eql menstrual relief max st.....	42
eq gas relief ultra strength.....	94	eq therapeutic moisturizing.....	244	eql miconazole 3.....	107
eq gentle laxative.....	99	eq triple antibiotic.....	234	eql miconazole 7.....	107
eq ibuprofen.....	36	eq tussin dm max adult.....	138	eql moisturizing.....	244
eq ibuprofen childrens.....	36	eq tussin dm max daytime.....	138	eql mucus-dm.....	138
eq ibuprofen junior.....	36	eq vegetable laxative.....	100	eql nasal decongestant.....	138
eq infants gas relief.....	94	eq vision formula 50+.....	204	eql nasal decongestant pe.....	138
eq jock itch.....	237	eq weight loss shake.....	170	eql nasal spray 12 hour.....	138
eq laxative.....	99	eql acetaminophen.....	42	eql nasal spray fast acting.....	138
eq lidocaine pain relieving.....	244	eql acetaminophen childrens.....	42	eql nasal spray no drip.....	139
eq loperamide hcl.....	91	eql acetaminophen ex st.....	42	eql natural fiber.....	100
eq loratadine.....	124	eql all day allergy.....	124	eql natural zinc.....	187
eq loratadine childrens.....	124	eql all day allergy childrens.....	124	eql one daily adult gummies.....	205
eq lubricant eye drops.....	117	eql allergy.....	124	eql one daily mens.....	205
eq miconazole 1.....	107	eql allergy relief.....	124	eql one daily mens 50+ advance.....	205
eq miconazole 3-day combo.....	107	eql allergy/congestion relief.....	138	eql one daily mens health.....	205
eq miconazole 7.....	107	eql antacid.....	89	eql one daily womens 50+ adv.....	205
eq mineral oil.....	99	eql anti-diarrheal.....	91	eql prenatal formula.....	205
EQ MUCUS ER.....	138	eql aspirin ec.....	42	eql ready-to-use enema.....	100
eq mucus relief.....	138	eql aspirin low dose.....	42	eql senna laxative.....	100
eq mucus relief 12 hour max st.....	138	eql athletes foot.....	237	eql senna-s.....	100
eq mucus relief congest/cough.....	138	eql athletes foot(terbinafine).....	237	eql slow release iron.....	111
eq mucus relief dm.....	138	eql b complex 50.....	205	eql smooth texture fiber.....	100
eq multi-symptom cold children.....	138	eql b-12.....	205	eql stomach relief.....	91
eq multivitamin gummies.....	204	eql b-6.....	205	eql stomach relief max st.....	91
eq multivitamins adult gummy.....	204	eql bacitracin zinc.....	234	eql stool softener.....	100
eq multivitamins gummy child.....	204	eql biotin.....	205	eql super b complex/vitamin c.....	205
eq nasal spray.....	138	eql calcium citrate/vitamin d.....	187	eql tussin cough/chest congest.....	139
eq nasal spray fast acting.....	138	eql calcium citrate/vitamin d3.....	187	eql tussin cough/chest dm max.....	139
eq natural vegetable laxative.....	99	eql calcium/vitamin d.....	187	eql vapor nasal decongestant.....	139
eq nicotine.....	164	eql calcium/vitamin d3.....	187	eql vision formula.....	205
eq nicotine polacrilex.....	164	eql century.....	205	eql vitamin b-12.....	205
eq nicotine step 3.....	164	eql century mature.....	205	eql vitamin b-12 tr.....	205
eq nutritional shake.....	170	eql century mature adults 50+.....	205	eql vitamin c.....	205
eq nutritional shake plus.....	170	eql century mature men 50+.....	205	eql vitamin c drops.....	205
eq one daily mens 50+.....	204	eql century mature women 50+.....	205	eql vitamin c gummies.....	205
eq one daily mens health.....	204	eql century mens.....	205	eql vitamin c/rose hips.....	205
EQ ONE DAILY WOMENS 50+.....	204	eql century womens.....	205	eql vitamin d3.....	205
eq one daily womens health.....	204	eql child multivit/minerals.....	205	eql vitamin e.....	205
eq pain & fever childrens.....	42	eql childrens allergy.....	124	equacare jr.....	170
eq pain & fever infants.....	42	eql childrens ibuprofen.....	36	EQUALYTE.....	182
eq pain relief/rapid burst.....	42	EQL CLEARLAX.....	100	EQUATE.....	170

EQUATE PLUS.....	170	EXPEDITE.....	170	<i>ferrous fumarate</i>	112
<i>ergocalciferol</i>	205	EXXUA.....	157	<i>ferrous gluconate</i>	112
<i>ergotamine-caffeine</i>	163	EXXUA TITRATION PACK.....	157	<i>ferrous sulfate</i>	112
ERIVEDGE.....	21	<i>eye allergy relief</i>	115	<i>ferrous sulfate er</i>	112
ERLEADA.....	19	<i>eye health</i>	206	<i>ferumoxytol</i>	112
<i>erlotinib hcl</i>	21	<i>eye health + lutein</i>	205	<i>fesoterodine fumarate er</i>	106
ERRIN.....	73	<i>eye health areds 2</i>	205	FETZIMA.....	157
<i>ertapenem sodium</i>	52	<i>eye multivitamin/sodium</i>	206	FETZIMA TITRATION.....	157
<i>ery</i>	233	EYE VITAMINS.....	206	FEVERALL CHILDRENS.....	42
ERYTHROCIN LACTOBIONATE....	57	EYES ALIVE.....	118	FEVERALL INFANTS.....	42
<i>erythromycin</i>	57, 116, 233	EYE-VITES.....	206	FEVERALL JUNIOR STRENGTH...	42
<i>erythromycin base</i>	57	EYSUVIS.....	118	<i>fe-vite iron</i>	112
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	57	<i>ezetimibe</i>	61	<i>fexofenadine hcl</i>	124
<i>erythromycin lactobionate</i>	57	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	61	FIASP.....	78
ERZOFRI.....	159	FABRAZYME.....	82	FIASP FLEXTOUCH.....	78
<i>escitalopram oxalate</i>	157	<i>fagron ls plus</i>	67	FIASP PENFILL.....	78
<i>eslicarbazepine acetate</i>	151	<i>fagron natural</i>	67	FIASP PUMPCART.....	78
<i>esomeprazole magnesium</i>	97	<i>fagron supreme</i>	67	<i>fiber</i>	100
ESSENTIA.....	205	FALMINA.....	73	FIBER FLOW.....	170
<i>essential balance</i>	205	<i>famciclovir</i>	54	<i>fiber laxative</i>	100
ESSENTIAL CARE JR.....	170	<i>famotidine</i>	87	<i>fiber laxative + calcium</i>	100
ESTARYLLA.....	73	<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.....	159	FIBERSOURCE HN.....	170
<i>estradiol valerate</i>	84	FANAPT TITRATION PACK A.....	159	<i>fidaxomicin</i>	57
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	84	FANAPT TITRATION PACK B.....	159	<i>finasteride</i>	109
ESTROFACTORS.....	205	FANAPT TITRATION PACK C.....	159	FINAZOL.....	206
<i>eszopiclone</i>	162	FANTASY LUBRICATED.....	73	FINEST NUTRITION VITAMIN B-12.....	206
<i>ethambutol hcl</i>	49	FANTASY.....		<i>finest nutrition vitamin d3</i>	206
<i>ethosuximide</i>	151	LUBRICATED/SPERMICIDE.....	73	<i>finolimid hcl</i>	154
<i>ethyl alcohol (rubbing)</i>	67	FARXIGA.....	80	FINTEPLA.....	151
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	73	FASENRA.....	131	FINZALA.....	73
<i>etodolac</i>	36	FASENRA PEN.....	131	FIRMAGON.....	19
<i>etodolac er</i>	36	<i>fastep covid-19 antigen test</i>	52	FIRMAGON (240 MG DOSE).....	19
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	73	<i>fa-vitamin b-6-vitamin b-12</i>	206	<i>first aid antibiotic</i>	234
<i>etoposide</i>	27	FC2 FEMALE CONDOM.....	73	<i>first aid antiseptic</i>	245
<i>etravirine</i>	48	FEIRZA 1.5/30.....	73	FITALITE.....	67
<i>eucerin advanced repair</i>	244	FEIRZA 1/20.....	73	FITNESS TABS FOR MEN AM/PM.....	206
EUCERIN ADVANCED REPAIR HAND.....	244	<i>felbamate</i>	151	FITNESS TABS FOR WOMEN AM/PM.....	206
EUCERIN CALMING DAILY MOIST.....	244	<i>felodipine er</i>	62	FLAC.....	120
EUCERIN DAILY HYDRATION.....	244	<i>fem-cal citrate</i>	187	<i>flavor plus</i>	67
EUCERIN PLUS.....	244	FEMQUIL.....	206	FLEBOGAMMA DIF.....	31
EUCERIN REDNESS RELIEF NIGHT.....	244	<i>fenofibrate</i>	60	<i>flecainide acetate</i>	60
EUCERIN ROUGHNESS RELIEF.....	245	<i>fenofibrate micronized</i>	60	FLEET ENEMA.....	100
EUCERIN SKIN CALMING.....	245	<i>fentanyl</i>	37	FLEET GLYCERIN (ADULT).....	100
EUCRISA.....	245	FEOSOL.....	111	FLEET LAXATIVE MINERAL OIL.....	100
EULEXIN.....	19	FERAHEME.....	111	FLEET STIMULANT.....	100
EVAC.....	100	FERATE.....	111	FLEET STOOL SOFTENER.....	100
EVAC-U-GEN.....	100	FERGON.....	111	<i>flex base</i>	67
<i>everolimus</i>	21, 32	FER-IN-SOL.....	111	FLEXGEN.....	206
EVOTAZ.....	50	FEROSUL.....	111	FLEXICHAMBER.....	131
EXEL COMFORT POINT PEN.....		<i>ferotransic</i>	111	FLINTSTONES + EXTRA IRON....	206
NEEDLE.....	78	FERRALET 90.....	111	FLINTSTONES COMPLETE.....	206
<i>exemestane</i>	19	<i>ferrets</i>	111	FLINTSTONES GUMMIES COMPLETE.....	206
EX-LAX MAXIMUM STRENGTH...	100	FERREX 150.....	111		
EX-LAX ULTRA.....	100	<i>ferric x-150</i>	111		
		FERRIMIN 150.....	111		
		FERRLECIT.....	111		
		<i>ferrotabs</i>	111		

FLINTSTONES GUMMIES- IMMUNITY.....	206	freedom adaptaderm.....	67	ft century women 50+.....	207
FLINTSTONES PLUS EXTRA IRON.....	206	freedom derma serum.....	67	ft childrens multi.....	207
FLINTSTONES/MY FIRST.....	206	FREEDOM DERMA-D.....	67	ft childrens multi plus immune.....	207
FLINTSTONES-IMMUNITY SUPPORT.....	206	FREEDOM DERMA-N.....	67	ft children's pain/fever.....	43
FLORIVA PLUS.....	206	FRINDOVYX.....	18	ft clearlax.....	100
FLORRAXYL.....	206	fruit c.....	207	ft clotrimazole.....	107
FLOTREX.....	206	fruit c 500.....	207	ft clotrimazole 3.....	107
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST.....	52	fruity c.....	207	ft co q-10.....	170
fluconazole.....	50, 51	fruity chews.....	207	ft co q-10 rapid release.....	170
fluconazole in sodium chloride.....	50	fruity chews/iron.....	207	ft double antibiotic.....	234
flucytosine.....	51	FRUZAQLA.....	21	ft earwax removal.....	249
fludrocortisone acetate.....	85	ft 12 hour cough relief.....	139	ft earwax removal kit.....	249
flunisolide.....	133	ft 7 day vaginal.....	107	ft electrolyte.....	183
fluocinolone acetonide.....	120, 240	ft 8 hour pain relief.....	42	ft enema.....	100
fluocinolone acetonide body.....	240	ft adult multi gummies.....	207	ft enteric coated aspirin.....	43
fluocinolone acetonide scalp.....	240	ft all day allergy.....	124	ft epsom salt.....	100
fluocinonide.....	240	ft all day allergy 24 hour.....	124	ft ethyl rubbing alcohol.....	67
fluocinonide emulsified base.....	240	ft all day allergy childrens.....	124	ft eye health.....	207
FLUORIDEX DAILY RENEWAL.....	232	ft all day allergy relief.....	124	ft fiber.....	100
fluorometholone.....	116	ft all day allergy-d.....	139	ft fiber laxative.....	100
fluorouracil.....	26, 245	ft allergy childrens.....	124	ft fiber supplement.....	100
fluoxetine hcl.....	157	ft allergy d-12 hour.....	139	ft folic acid.....	207
fluphenazine decanoate.....	159	ft allergy relief.....	124	ft gas relief.....	94
fluphenazine hcl.....	159	ft allergy relief 12 hour.....	124	ft gas relief extra strength.....	94
flurbiprofen.....	36	ft allergy relief 24 hour.....	124	ft gas relief infants.....	94
flurbiprofen sodium.....	116	ft allergy relief cetirizine.....	124	ft gas relief ultra strength.....	94
fluticasone propionate.....	133, 240	ft allergy relief childrens.....	124	ft gentle laxative.....	100
fluticasone-salmeterol.....	129	ft allergy relief loratadine.....	124	ft hair skin & nails extra str.....	207
fluvoxamine maleate.....	155	ft allergy relief-d.....	139	ft ibuprofen.....	36
folate.....	206	ft ammonium lactate.....	245	ft ibuprofen childrens.....	36
folatexcel.....	206	ft antacid & antigas.....	89	ft ibuprofen ib childrens.....	36
folawise.....	206	ft antacid regular strength.....	89	ft ibuprofen infants.....	36
folbee.....	206	ft antibiotic.....	234	ft immune support.....	207
folbee plus.....	206	ft anti-diarrheal.....	91	ft iron.....	112
FOLBIC.....	206	ft antifungal.....	237	ft iron slow release.....	112
folding paddle walker.....	164	ft anti-itch extra strength.....	245	ft laxative.....	101
folic acid.....	206	ft antiseptic skin cleanser.....	245	ft lice killing max st.....	241
FOLITAB 500.....	112	ft arthritis pain reliever.....	42	ft lubricant eye drops.....	118
FOLIVANE-F.....	112	ft aspirin.....	42	ft magnesium.....	187
FOLIVANE-PLUS.....	112	ft aspirin low dose.....	42	ft magnesium oxide.....	187
folplex 2.2.....	206	ft athletes foot (clotrimaz).....	237	ft melatonin.....	170
FOLTABS 800.....	207	ft athletes foot (terbinafine).....	237	ft miconazole 3 comb pack-supp... ..	107
FOLTANX.....	207	ft b-complex plus vitamin c.....	207	ft miconazole 3 combo pack.....	107
foltrin.....	112	ft biotin.....	207	ft miconazole 7.....	107
fondaparinux sodium.....	109	ft calamine.....	245	ft milk of magnesia.....	101
formaldehyde.....	245	ft calcium.....	187	ft mineral oil.....	101
FORTA DRINK.....	170	ft calcium + vitamin d3.....	187	ft mucus relief 12hr.....	139
FORTA SHAKE.....	170	ft calcium 600+vit d3/minerals.....	187	ft mucus relief 12hr max str.....	139
fosamprenavir calcium.....	48	ft calcium citrate +vitamin d3.....	187	ft mucus relief dm.....	139
fosfomycin tromethamine.....	52	FT CALCIUM CITRATE/VIT D3.....	187	ft nasal decongestant max str.....	139
fosinopril sodium.....	65	ft calcium citrate+d3 petites.....	187	ft nasal decongestant pe.....	139
fosinopril sodium-hctz.....	63	FT CALCIUM/VITAMIN D3.....	187	ft nasal spray.....	139
FOTIVDA.....	21	FT CALCIUM+D3.....	187	ft nicotine.....	165
fraiche 5000 dental.....	232	ft calcium-magnesium-zinc-d3.....	187	ft nicotine mini.....	165
freedavite.....	207	ft century 50+.....	207	ft one daily mens.....	207
		ft century adults.....	207	ft one daily mens 50+.....	207
		ft century men.....	207	ft one daily womens.....	207
		ft century men 50+.....	207	ft one daily womens 50+.....	207
		ft century women.....	207	ft pain & fever childrens.....	43

<i>ft pain & fever infants</i>	43	GAMMAKED.....	31	<i>geri-tussin dm</i>	139
<i>ft pain relief</i>	36, 43	GAMMAPLEX.....	31	<i>gerivite complete</i>	208
<i>ft pain relief adult extra st</i>	43	GAMUNEX-C.....	31	GILOTRIF.....	21
<i>ft pain relief extra strength</i>	43	<i>ganciclovir sodium</i>	55	GILTUSS COUGH & CHEST.....	139
<i>ft pain relief max strength</i>	245	GARDASIL 9.....	33	GILTUSS COUGH & CHEST	
<i>ft pain reliever adults</i>	43	<i>gas relief</i>	95	CHILDREN.....	139
<i>ft pain reliever children</i>	43	<i>gas relief extra strength</i>	94	GILTUSS COUGH & COLD.....	140
<i>ft pain reliever ex str adult</i>	43	<i>gas relief infants</i>	94	GILTUSS COUGH & COLD	
<i>ft phenolated calamine</i>	245	<i>gas relief ultra strength</i>	95	CHILDRENS.....	140
<i>ft povidone-iodine</i>	245	GAS-X EXTRA STRENGTH.....	95	GILTUSS DIABETIC COUGH &	
<i>ft prenatal</i>	207	GAS-X INFANT DROPS.....	95	COLD.....	140
<i>ft rapid release pain relief</i>	43	GAS-X MAXIMUM STRENGTH.....	95	GILTUSS EX EXPECTORANT	
<i>ft senna laxative</i>	101	GAS-X ULTRA STRENGTH.....	95	CHILD.....	140
<i>ft senna laxatives</i>	101	<i>gatifloxacin</i>	116	GILTUSS EX MAXIMUM	
<i>ft senna-s</i>	101	GATTEX.....	95	STRENGTH.....	140
<i>ft stomach relief</i>	91	<i>gavilax</i>	101	GILTUSS HONEY CGH/CHEST	
<i>ft stool softener</i>	101	GAVILYTE-C.....	101	CONGES.....	140
<i>ft triple antibiotic</i>	234	GAVILYTE-G.....	101	GILTUSS HONEY CGH/CHST	
<i>ft triple antibiotic + pain</i>	234	GAVILYTE-N WITH FLAVOR		CHILD.....	140
<i>ft tussin adult</i>	139	PACK.....	101	GILTUSS SEVERE SINUS.....	140
<i>ft tussin cf adult</i>	139	GAVRETO.....	21	GILTUSS SINUS & CONGESTION	
<i>ft tussin dm</i>	139	<i>gcon dmx</i>	139	.....	140
<i>ft tussin dm adult</i>	139	<i>gcon ir</i>	139	<i>glatiramer acetate</i>	154, 155
<i>ft tussin dm max adult</i>	139	<i>gefitinib</i>	21	GLATOPA.....	155
<i>ft vapor inhaler</i>	139	GELATEIN MCT.....	170	GLEOSTINE.....	18
<i>ft vitamin a</i>	207	GELUSIL.....	89	<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>	208	<i>genadek step 1</i>	208	GLUCERNA.....	170
<i>ft vitamin c</i>	208	<i>genadek step 2</i>	208	GLUCERNA 1.0 CAL.....	170
<i>ft vitamin c/rose hips</i>	208	<i>generlac</i>	101	GLUCERNA 1.0	
<i>ft vitamin d3</i>	208	GENGRAF.....	32	CAL/CARBSTEADY.....	170
<i>ft vitamin d3 rapid release</i>	208	GENOTROPIN.....	83	GLUCERNA 1.0 CAL/FIBER.....	170
<i>ft vitamin e</i>	208	GENOTROPIN MINIQUICK.....	83	GLUCERNA 1.2 CAL.....	170
<i>ft zinc chelated</i>	187	<i>gentamicin in saline</i>	52	GLUCERNA 1.5 CAL.....	170
<i>full spectrum b/vitamin c</i>	208	<i>gentamicin sulfate</i>	52, 116, 234, 235	GLUCERNA 1.5	
FULPHILA.....	110	GENTEAL SEVERE.....	118	CAL/CARBSTEADY.....	170
<i>fulvestrant</i>	19	GENTEAL TEARS.....	118	GLUCERNA ADVANCE SHAKE...	170
<i>fungi-guard</i>	237	GENTEAL TEARS MODERATE PF		GLUCERNA CARBSTEADY.....	170
FUNGOID TINCTURE.....	237	.....	118	GLUCERNA HUNGER SMART	
<i>furosemide</i>	64	GENTEAL TEARS PF.....	118	SHAKE.....	170
FUSION.....	112	GENTEAL TEARS SEVERE		GLUCERNA OS.....	170
FUSION PLUS.....	112	DAY/NIGHT.....	118	GLUCERNA SELECT.....	170
FYAVOLV.....	84	<i>gentle laxative</i>	101	GLUCERNA SHAKE.....	170
FYCOMPA.....	151	<i>genuine aspirin</i>	43	GLUCERNA SNACK SHAKE.....	171
<i>g tussin ac</i>	139	GENVOYA.....	50	GLUCERNA WEIGHT LOSS	
GA.....	170	<i>geri-dryl</i>	125	SHAKE.....	171
GA-1 ANAMIX EARLY YEARS.....	170	<i>geri-freeda senior formula</i>	208	GLUCO TO GO 15.....	70
<i>gabapentin</i>	151, 163	<i>geri-kot</i>	101	<i>glucose</i>	70
<i>galantamine hydrobromide</i>	155	<i>geri-lanta</i>	89	<i>glutamine</i>	171
<i>galantamine hydrobromide er</i>	155	<i>geri-lanta maximum strength</i>	89	GLUTAREX-1.....	171
GALBRIELA.....	73	<i>geri-mox</i>	89	GLUTAREX-2.....	171
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.....	208	<i>glycerin (child)</i>	101
GAMMAGARD ERC.....	31	GERITOL NUTRITION SUPPORT.....	208	<i>glycerin (infants & children)</i>	101
GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	31	<i>geri-tussin</i>	139	<i>glycerin (pediatric)</i>	101

<i>glycerin adult</i>	101	<i>gnp century adults men</i>	208	<i>gnp melatonin maximum strength</i> ..	171
<i>glycerin childrens</i>	101	<i>gnp century adults women</i>	208	<i>gnp miconazole 1</i>	108
<i>GLYCOLAX</i>	101	<i>gnp century mature adults 50+</i>	208	<i>gnp miconazole 3</i>	108
<i>glycopyrrolate</i>	94	<i>gnp century mature men's 50+</i>	208	<i>gnp miconazole 7</i>	108
<i>GLYCOTROL</i>	208	<i>gnp century mature women's 50+</i> ..	208	<i>gnp miconazorb af</i>	237
<i>GLYCOTROL COMPLETE</i>	208	<i>gnp childrens allergy</i>	125	<i>gnp milk of magnesia</i>	101
<i>GLYDO</i>	234	<i>gnp childrens chewables/ex c</i>	208	<i>gnp mineral oil</i>	102
<i>GLYTACTIN BETTERMILK</i>	171	<i>gnp childrens chewables/iron</i>	208	<i>gnp mucus dm</i>	140
<i>GLYTACTIN RESTORE 10</i>	171	<i>gnp childrens ibuprofen</i>	36	<i>gnp mucus er</i>	140
<i>GLYTACTIN RESTORE LITE 10</i> ...	171	<i>gnp children's pain & fever</i>	43	<i>gnp multi childrens</i>	209
<i>GLYTACTIN RTD 10</i>	171	<i>gnp childrens/extra c</i>	208	<i>gnp nasal decongestant</i>	140
<i>GLYTACTIN RTD 15</i>	171	<i>GNP CLEARLAX</i>	101	<i>gnp nasal decongestant pe</i>	140
<i>GLYTACTIN RTD LITE 15</i>	171	<i>gnp clotrimazole 3</i>	108	<i>gnp nasal four spray</i>	140
<i>GLYTROL PREBIO1</i>	171	<i>gnp co q10</i>	171	<i>gnp nasal spray</i>	140
<i>GLYXAMBI</i>	80	<i>gnp co q-10</i>	171	<i>gnp nasal spray fast acting</i>	140
<i>gnp 8 hour arthritis relief</i>	43	<i>gnp cough dm er</i>	140	<i>gnp natural fiber</i>	102
<i>gnp 8 hour pain relief</i>	43	<i>gnp cough relief childrens</i>	140	<i>gnp nicotine</i>	165
<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	43	<i>gnp d 1000</i>	208	<i>gnp nicotine mini</i>	165
<i>gnp acetaminophen</i>	43	<i>gnp d3</i>	208	<i>gnp nicotine polacrilex</i>	165
<i>gnp adapalene</i>	233	<i>gnp earwax removal drops</i>	249	<i>gnp no drip nasal spray</i>	140
<i>gnp adult aspirin low strength</i>	43	<i>gnp earwax removal kit</i>	249	<i>gnp one daily maximum</i>	209
<i>gnp adult mini</i>	208	<i>gnp electrolyte solution</i>	183	<i>gnp one daily mens health 50+</i>	209
<i>gnp alcohol denatured</i>	67	<i>gnp epsom salt</i>	101	<i>gnp one daily mens/lycopene</i>	209
<i>gnp all day allergy</i>	125	<i>gnp essential one daily</i>	208	<i>gnp one daily womens</i>	209
<i>gnp all day allergy childrens</i>	125	<i>gnp ethyl rubbing alcohol</i>	67	<i>gnp one daily womens 50+</i>	209
<i>gnp all day allergy-d</i>	140	<i>gnp eye drops</i>	118	<i>gnp pain & fever childrens</i>	43
<i>gnp allergy</i>	125	<i>gnp eye drops long lasting</i>	118	<i>gnp pain & fever infants</i>	43
<i>gnp allergy & congestion</i>	140	<i>gnp fexofenadine hcl</i>	125	<i>gnp pain relief</i>	43
<i>gnp allergy relief</i>	125	<i>gnp fiber</i>	101	<i>gnp pain relief extra strength</i>	43
<i>gnp allergy relief 24 hr</i>	125	<i>gnp fiber-caps</i>	101	<i>gnp pain relief nighttime</i>	165
<i>gnp allergy relief max st</i>	125	<i>gnp folic acid</i>	208	<i>gnp petroleum jelly</i>	67
<i>gnp allergy/congestion relief</i>	140	<i>gnp gas relief</i>	95	<i>gnp pink bismuth</i>	91
<i>gnp antacid</i>	89	<i>gnp gas relief extra strength</i>	95	<i>gnp pink bismuth ultra str</i>	91
<i>gnp antacid & anti-gas</i>	89	<i>gnp gentle laxative</i>	101	<i>gnp povidone-iodine</i>	245
<i>gnp antacid regular strength</i>	89	<i>gnp glycerin (adult)</i>	101	<i>gnp prenatal</i>	209
<i>gnp antibacterial urinary pain</i>	52	<i>gnp glycerin child</i>	101	<i>gnp prenatal/folic acid</i>	209
<i>gnp anti-diarrheal</i>	91	<i>gnp hair/skin/nails</i>	209	<i>gnp rubbing alcohol</i>	67
<i>gnp anti-gas</i>	95	<i>gnp healthy eyes</i>	209	<i>gnp senna lax</i>	102
<i>gnp anti-itch</i>	245	<i>gnp healthy eyes supervision 2</i>	209	<i>gnp senna plus</i>	102
<i>gnp antiseptic skin cleanser</i>	245	<i>gnp ibuprofen</i>	36	<i>gnp sinus wash neti pot</i>	131
<i>gnp artificial tears</i>	118	<i>gnp ibuprofen childrens</i>	36	<i>gnp sinus wash refill</i>	131
<i>gnp aspirin</i>	43	<i>gnp ibuprofen infants</i>	36	<i>gnp squeeze bottle sinus relie</i>	131
<i>gnp aspirin low dose</i>	43	<i>gnp immune support</i>	209	<i>gnp stomach relief</i>	91
<i>gnp athletes foot</i>	237	<i>gnp infant gas relief</i>	95	<i>gnp stool softener</i>	102
<i>gnp b-12</i>	208	<i>gnp infants pain/fever</i>	43	<i>gnp stool softener/laxative</i>	102
<i>gnp bacitracin zinc</i>	235	<i>gnp iron</i>	112	<i>gnp terbinafine hydrochloride</i>	237
<i>gnp biotin</i>	208	<i>gnp lice killing</i>	241	<i>gnp therapeutic-m</i>	209
<i>gnp cal mag zinc +d3</i>	187	<i>gnp lice treatment</i>	241	<i>gnp tolnaftate</i>	237
<i>gnp calamine</i>	245	<i>gnp lidocaine pain relief</i>	245	<i>gnp triple antibiotic</i>	235
<i>gnp calamine phenolated</i>	245	<i>gnp little ones childrens</i>	209	<i>gnp triple antibiotic plus</i>	235
<i>gnp calcium</i>	188	<i>gnp loperamide hcl</i>	91	<i>gnp tussin adult</i>	140
<i>gnp calcium 500 +d3</i>	187	<i>gnp loratadine</i>	125	<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	141
<i>gnp calcium 600 +d</i>	187	<i>gnp loratadine childrens</i>	125	<i>gnp tussin dm</i>	141
<i>gnp calcium 600 +d/minerals</i>	187	<i>gnp loratadine-d 12hr</i>	140	<i>gnp tussin dm max</i>	141
<i>gnp calcium 600 +d3</i>	187	<i>gnp lubricant eye drops (pf)</i>	118	<i>gnp vitamin a</i>	209
<i>gnp calcium citrate +d3</i>	187	<i>gnp magnesium oxide</i>	89, 188	<i>gnp vitamin b-1</i>	209
<i>gnp calcium citrate+d3 petites</i>	188	<i>gnp mega multi for men</i>	209	<i>gnp vitamin b-12</i>	209
<i>gnp century adult</i>	208	<i>gnp mega multi for women</i>	209	<i>gnp vitamin b-6</i>	209
<i>gnp century adult formula</i>	208	<i>gnp melatonin</i>	171	<i>gnp vitamin c</i>	209

<i>gnp vitamin c drops</i>	209	<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	36	GVOKE KIT.....	70
<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	209	<i>goodsense ibuprofen infants</i>	36	GVOKE PFS.....	70
<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	209	GOODSENSE IRON.....	112	GYNAZOLE-1.....	108
<i>gnp vitamin d</i>	209	<i>goodsense laxative pills</i>	102	G-ZYNCOF.....	141
<i>gnp vitamin d maximum strength</i> ...	209	<i>goodsense lice killing</i>	241	HABITROL.....	165
<i>gnp vitamin d super strength</i>	209	<i>goodsense lice killing max str</i>	241	HADLIMA.....	29
<i>gnp vitamin d3</i>	209	<i>goodsense loratadine</i>	125	HADLIMA PUSHTOUCH.....	28
<i>gnp vitamin d3 extra strength</i>	209	<i>goodsense lubricating plus pf</i>	118	HAEGARDA.....	110
<i>gnp vitamin d-400</i>	209	<i>goodsense menstrual relief</i>	43	<i>haelan 951 fermented soy</i>	171
<i>gnp vitamin e</i>	209	<i>goodsense milk of magnesia</i>	102	<i>haelan htpi fermented soy</i>	171
<i>gnp vitamin health b12</i>	209	<i>goodsense mineral oil</i>	102	HAILEY 1.5/30.....	73
<i>gnp womens gentle laxative</i>	102	<i>goodsense mucus er</i>	141	HAILEY 24 FE.....	73
<i>gnp zinc chelated</i>	188	<i>goodsense mucus er maximum str</i> ...	141	HAILEY FE 1/20.....	73
<i>gnp zinc oxide</i>	245	<i>goodsense mucus relief child</i>	141	<i>hair skin & nails</i>	210
GOLD BOND CREPE		<i>goodsense mucus/congest/cough</i> ...	141	<i>hair skin & nails advanced</i>	210
CORRECTOR.....	245	<i>goodsense nicotine</i>	165	<i>hair skin and nails formula</i>	210
GOLD BOND DIABETICS DRY		<i>goodsense nutrisure original</i>	171	<i>hair skin nails</i>	210
SKIN.....	245	<i>goodsense nutrisure plus</i>	171	<i>hair/skin/nails</i>	210
GOLD BOND ESSENTIALS MENS		<i>goodsense oral pain relief</i>	232	<i>halobetasol propionate</i>	240
.....	245	<i>goodsense pain & fever child</i>	44	<i>haloperidol</i>	159
GOLD BOND HEALING HAND.....	245	<i>goodsense pain & fever infants</i>	44	<i>haloperidol decanoate</i>	159
GOLD BOND RADIANCE		<i>goodsense pain relief</i>	44	<i>haloperidol lactate</i>	159
RENEWAL.....	245	<i>goodsense pain relief extra st</i>	44	HARD NAILS.....	210
GOLD BOND ULT		<i>goodsense petroleum jelly</i>	67	HAVRIX.....	33
ROUGH/BUMPY SKIN.....	245	<i>goodsense psyllium fiber</i>	102	HCU ANAMIX EARLY YEARS.....	171
GOLD BOND ULTIMATE		<i>goodsense senna laxative</i>	102	HCU ANAMIX NEXT.....	171
HEALING.....	245	<i>goodsense stimulant lax plus</i>	102	HCU COOLER.....	171
GOLD BOND ULTIMATE		<i>goodsense stomach relief</i>	91	HCU COOLER15.....	171
SOOTHING.....	245	<i>goodsense stool softener</i>	102	HCU LOPHLEX LQ.....	171
GOMEKLI.....	21	<i>goodsense tussin cf</i>	141	HCU MAXAMUM.....	171
<i>goodsense advanced antacid</i>	89	<i>goodsense tussin dm</i>	141	HCY 1.....	171
<i>goodsense all day allergy</i>	125	<i>goodsense tussin dm max</i>	141	HCY 2.....	171
<i>goodsense all day allergy-d</i>	141	<i>goodsense ultra lubricant drop</i>	118	<i>head care proactive health</i>	210
<i>goodsense aller-ease</i>	125	<i>goodsense vapor</i>	141	HEALTH SOURCE.....	171
<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	171
<i>goodsense antacid</i>	89	<i>granisetron hcl</i>	93	HEALTHY ACCENTS NUTRA FIT	
<i>goodsense antacid & gas relief</i>	89	<i>griseofulvin microsize</i>	51	PLUS.....	171
<i>goodsense anti-diarrheal</i>	91	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	51	<i>healthy eyes</i>	210
<i>goodsense arthritis pain</i>	43	<i>growing bones & muscles kids</i>	210	<i>healthy eyes supervision 2</i>	210
<i>goodsense artificial tears</i>	118	<i>g-supress dx pediatric</i>	141	<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin</i>	210
<i>goodsense aspirin</i>	43	G-TRON PED.....	141	<i>healthy hair/skin/nails</i>	210
<i>goodsense aspirin low dose</i>	43	G-TRON PEDIATRIC DROPS.....	141	HEALTHY MAMA SHAKE THAT	
<i>goodsense athletes foot</i>	237	G-TUSICOF.....	141	ACHE.....	44
<i>goodsense bisacodyl laxative</i>	102	<i>guaiasorb dm</i>	141	HEALTHY MAMA TAME THE	
GOODSENSE CLEARLAX.....	102	<i>guaiaitussin ac</i>	141	FLAME.....	89
<i>goodsense cough dm</i>	141	<i>guaifed</i>	141	HEALTHYLAX.....	102
<i>goodsense cough dm childrens</i>	141	<i>guaifed-dm</i>	141	<i>heart savior</i>	210
<i>goodsense ear wax kit</i>	249	<i>guaifenesin</i>	141	<i>heartland gas relief</i>	95
<i>goodsense ear wax removal</i>	249	<i>guaifenesin dm</i>	141	HEATHER.....	73
<i>goodsense electrolyte</i>	183	<i>guaifenesin er</i>	141	<i>h-e-b aspirin</i>	44
<i>goodsense electrolyte adv care</i>	183	<i>guaifenesin-codeine</i>	141	<i>h-e-b childrens allergy</i>	125
<i>goodsense enema</i>	102	<i>guaifenesin-dm</i>	141	<i>h-e-b oral electrolyte</i>	183
<i>goodsense epsom salt</i>	102	<i>guanfacine hcl</i>	64	HEMATEx.....	112
<i>goodsense fiber laxative</i>	102	<i>guanfacine hcl er</i>	161	<i>hematinic/folic acid</i>	112
<i>goodsense first aid antibiotic</i>	235	GUMMI BEAR		HEMATOGEN.....	112
<i>goodsense gas relief</i>	95	MULTIVITAMIN/MIN.....	210	HEMATOGEN FA.....	112
<i>goodsense gas relief extra st</i>	95	GVOKE HYOPEN 1-PACK.....	70	HEMATOGEN FORTE.....	112
<i>goodsense ibuprofen</i>	36	GVOKE HYOPEN 2-PACK.....	70	HEMOCYTE PLUS.....	112

<i>heparin (porcine) in nacl</i>	109	<i>hydrous emulsified base</i>	67	<i>infants pain & fever</i>	44
<i>heparin sodium (porcine)</i>	109	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	210	INFED.....	112
<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	110	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	31	INFLAMEX.....	210
HEPLISAV-B.....	33	<i>hydroxyurea</i>	27	<i>infliximab</i>	29
HERBAL EXPEC.....	142	<i>hydroxyzine hcl</i>	125	INFUVITE ADULT.....	210
HERCEPTIN.....	21	<i>hydroxyzine pamoate</i>	125	INFUVITE PEDIATRIC.....	210
HERCEPTIN HYLECTA.....	21	HYPERSAL.....	142	INJECTAFER.....	112
HERCESSI.....	21	HYRNUO.....	21	INLURIYO.....	19
HERNEXEOS.....	21	HYVEE ADVANCED ANTACID.....	89	INLYTA.....	22
HERZUMA.....	21	HYVEE IBUPROFEN CHILDRENS.....	36	INNOVACIN.....	172
<i>hi c-500</i>	210	<i>ibandronate sodium</i>	87	INQOVI.....	26
HIBERIX.....	33	IBRANCE.....	21	INREBIC.....	22
HIBICLENS.....	245	IBTROZI.....	21	INSPIREASE.....	131
HI-CAL.....	171	IBU.....	36	<i>instant oral pain relief max</i>	232
<i>high absorption magnesium</i>	188	<i>ibuprofen</i>	36, 37	INTEGRA.....	112
<i>high potency e</i>	210	<i>ibuprofen 100 junior strength</i>	36	INTEGRA F.....	112
<i>high potency iron</i>	112	<i>ibuprofen childrens</i>	36	INTEGRA PLUS.....	113
<i>high potency multivit/fa</i>	210	<i>ibuprofen infants</i>	36	INTELENCE.....	48
<i>high-protein nutritional shake</i>	171	<i>ibuprofen junior strength</i>	36	INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST.....	52
<i>hi-kovite 2-part formula</i>	210	ICAPS.....	210	<i>intense cough reliever</i>	142
<i>hm enema</i>	102	ICAPS AREDS FORMULA.....	210	<i>intense toothache pain relief</i>	232
<i>hm mucus relief er max st</i>	142	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	210	INTRALIPID.....	191
<i>hm petroleum jelly</i>	67	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN.....	210	INTROLITE.....	172
HOM 2.....	171	ICAPS MV.....	210	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.....	159
HOMINEX-2.....	171	ICLEVIA.....	73	INVEGA SUSTENNA.....	159
HONEY BEARS W/IRON-ZINC.....	210	ICLUSIG.....	21	INVEGA TRINZA.....	160
HUMIRA (2 PEN).....	29	IDHIFA.....	21	IPOL.....	33
HUMIRA (2 SYRINGE).....	29	IDVYNZO.....	50	<i>ipratropium bromide</i>	121
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	29	IFEREX 150.....	112	<i>ipratropium bromide hfa</i>	121
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER.....	29	<i>igualtuss</i>	142	<i>ipratropium-albuterol</i>	129
HUMULIN N.....	78	IHEALTH COVID-19 RAPID TEST.....	52	<i>irbesartan</i>	59
HUMULIN R.....	78	<i>imatinib mesylate</i>	21	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	63
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	78	IMBRUVICA.....	21, 22	<i>irinotecan hcl</i>	27
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	79	<i>imipenem-cilastatin</i>	52	IROFOL.....	113
HURRICAINA.....	232	<i>imipramine hcl</i>	157	<i>iron</i>	113
HYCODAN.....	142	<i>imiquimod</i>	246	<i>iron (ferrous sulfate)</i>	113
<i>hydralazine hcl</i>	64	<i>imkeldi</i>	22	<i>iron 27</i>	113
HYDRALYTE.....	183	IMMULIFE.....	172	<i>iron chews pediatric</i>	113
HYDRALYTE FREEZER POPS.....	183	IMMUNE ESSENTIALS DAILY.....	210	<i>iron complex</i>	113
HYDRASYN25.....	245	<i>immune support</i>	210	<i>iron folate plus</i>	113
<i>hydrochloric acid</i>	67	IMMUNERX.....	210	<i>iron high-potency</i>	113
<i>hydrochlorothiazide</i>	64	<i>immunicare</i>	210	<i>iron infant & toddler</i>	113
HYDROCIL.....	102	IMODIUM A-D.....	91	<i>iron infant/toddler</i>	113
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	142	IMOVAX RABIES.....	33	<i>iron slow release</i>	113
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	38	IMPACT.....	172	<i>iron sucrose</i>	113
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	142	IMPACT ADVANCED RECOVERY.....	172	<i>iron supplement</i>	113
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	38	INATAL GT.....	210	IRON UP.....	113
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	38	INBRIJA.....	154	<i>iron-vitamin c</i>	113
<i>hydrocortisone</i>	85, 97, 240	INCASSIA.....	73	IS-D 10,000.....	210
<i>hydrocortisone (perianal)</i>	245	INCRELEX.....	83	ISENTRESS.....	48
<i>hydrocortisone sod suc (pf)</i>	85	INCRUSE ELLIPTA.....	121	ISENTRESS HD.....	48
<i>hydrocortisone valerate</i>	240	<i>indapamide</i>	64	ISIBLOOM.....	73
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	120	INDICAID COVID-19 RAPID TEST.....	52	ISOLYTE-P IN D5W.....	181
<i>hydromet</i>	142	INFANRIX.....	33	ISOLYTE-S PH 7.4.....	181
<i>hydromorphone hcl</i>	38	INFANTS ADVIL.....	37	<i>isoniazid</i>	49
		<i>infants gas relief</i>	95	<i>isosorbide dinitrate</i>	66
		<i>infants ibuprofen</i>	37		

<i>isosorbide mononitrate er</i>	66	KADCYLA.....	22	KIMONO COLORS.....	74
ISOSOURCE 1.5 CAL.....	172	KAITLIB FE.....	73	KIMONO MAXX-LARGE FLARE.....	74
ISOSOURCE HN.....	172	<i>kale/quinoalberries</i>	172	<i>kimono micro thin</i>	74
<i>isotretinoin</i>	233	<i>kale/quinoalberries plus</i>	172	<i>kimono micro thin plus</i>	74
<i>isradipine</i>	62	<i>kale/quinoalberries plus pedia</i>	172	<i>kimono plus</i>	74
IS-ZC 50.....	188	KALETRA.....	50	<i>kimono ps</i>	74
<i>itch relief extra strength</i>	246	KALYDECO.....	131	<i>kimono ps plus</i>	74
ITOVEBI.....	22	KAMELEON LUBRICATED.....	73	<i>kimono sensation</i>	74
<i>itraconazole</i>	51	KANJINTI.....	22	<i>kimono sensation plus</i>	74
IVA ANAMIX EARLY YEARS.....	172	KAOPECTATE.....	92	KIMONO SPECIAL.....	74
IVA ANAMIX NEXT.....	172	KAOPECTATE EXTRA		KINDERLYTE.....	183
IVA MAXAMUM.....	172	STRENGTH.....	92	KINDERLYTE PREMAX.....	183
<i>ivabradine hcl</i>	64	KARIVA.....	73	KINDERMED KIDS ALLERGY.....	125
I-VALEX-1.....	172	KATE FARMS GLUCOSE		KINDERSPROUT PLANT	
I-VALEX-2.....	172	SUPPORT 1.2.....	172	PROTEIN.....	173
<i>ivermectin</i>	53	KATE FARMS KIDS NUTRITION..	172	KINERET.....	29
<i>i-vite</i>	211	KATE FARMS PED PEPTIDE 1.0.	172	KINRIX.....	33
IWILFIN.....	27	KATE FARMS PED PEPTIDE 1.5.	172	KIONEX.....	71
IXIARO.....	33	KATE FARMS PED STANDARD		KISQALI (200 MG DOSE).....	22
J & J BURN CREAM.....	246	1.2.....	172	KISQALI (400 MG DOSE).....	22
JAIMIESS.....	73	KATE FARMS PEPTIDE 1.0.....	172	KISQALI (600 MG DOSE).....	22
JAKAFI.....	22	KATE FARMS PEPTIDE 1.5.....	172	KLAYESTA.....	238
JANTOVEN.....	110	KATE FARMS RENAL SUPPORT		KLOR-CON.....	182
JANUMET.....	80	1.8.....	172	KLOR-CON 10.....	182
JANUMET XR.....	80	KATE FARMS STANDARD 1.0.....	172	KLOR-CON M10.....	182
JANUVIA.....	80	KATE FARMS STANDARD 1.4.....	173	KLOR-CON M15.....	182
JARDIANCE.....	80	<i>kcl (0.149%) in nacl</i>	181	KLOR-CON M20.....	182
JASMIEL.....	73	<i>kcl (0.298%) in nacl</i>	181	KLOXXADO.....	165
JAVYGTOR.....	83	<i>kcl in dextrose-nacl</i>	181	<i>kls acetaminophen ex st</i>	44
JAYPIRCA.....	22	KELNOR 1/35.....	73	KLS ALLERCLEAR.....	125
JENCYCLA.....	73	KERADAN.....	246	KLS ALLERCLEAR D-12HR.....	142
JENTADUETO.....	80	KERENDIA.....	59	KLS ALLERCLEAR D-24HR.....	142
JENTADUETO XR.....	80, 81	KESIMPTA.....	155	KLS ALLER-FEX.....	125
JEVITY 1 CAL.....	172	<i>keto</i>	173	<i>kls allergy medicine</i>	125
JEVITY 1 CAL/FIBER.....	172	KETOCAL 2.5/1 LQ MULTI FIBER	173	KLS ALLER-TEC.....	125
JEVITY 1.2 CAL.....	172	KETOCAL 3/1.....	173	KLS ALLER-TEC CHILDRENS.....	125
JEVITY 1.2 CAL/FIBER.....	172	KETOCAL 4/1.....	173	KLS ALLER-TEC D.....	142
JEVITY 1.5 CAL/FIBER.....	172	KETOCAL 4/1 LQ MULTI FIBER...	173	<i>kls aspirin low dose</i>	44
JIDEYTRO.....	22	KETOCAL 4/1 LQ MULTI-FIBER...	173	<i>kls d3</i>	211
JINTELI.....	84	<i>ketoconazole</i>	51, 237	<i>kls ibuprofen</i>	37
<i>jock itch</i>	237	KETO-DIASTIX.....	83	<i>kls ibuprofen ib</i>	37
<i>jock itch relief</i>	237	<i>ketogen</i>	173	KLS LAXACLEAR.....	102
<i>joint health & bone strength</i>	211	<i>ketone test</i>	83	KLS QUIT2.....	165
JOLESSA.....	73	KETONEX-1.....	173	KLS QUIT4.....	165
JOURNAVX.....	44	KETONEX-2.....	173	<i>kls stool softener</i>	102
JUICE PLUS FIBRE.....	172	<i>ketorolac tromethamine</i>	116	<i>kobee</i>	211
JULEBER.....	73	KETOSTIX.....	83	KOMZIFTI.....	22
JULUCA.....	50	KETOVIE.....	173	KONSYL DAILY PSYLLIUM FIBER	
JUNEL 1.5/30.....	73	KETOVIE 3/1.....	173	.....	102
JUNEL 1/20.....	73	KETOVIE 4/1.....	173	KOSELUGO.....	22
JUNEL FE 1.5/30.....	73	KETOVIE PEPTIDE.....	173	<i>kosher prenatal plus iron</i>	211
JUNEL FE 1/20.....	73	<i>kettle neti pot sinus wash</i>	131	KOURZEQ.....	232
JUNEL FE 24.....	73	KEYTRUDA.....	22	<i>kp adults 50+ daily formula</i>	211
<i>just 4 kidz multivit/probiotic</i>	211	KEYTRUDA QLEX.....	22	<i>kp adults daily formula</i>	211
<i>just tears eye drops</i>	118	KFLO.....	173	<i>kp aspirin</i>	44
JUVEN.....	172	KIDS PLANT PROTEIN SHAKE....	173	<i>kp b complex-c</i>	211
JYLAMVO.....	31	KIDS PROTEIN ORGANIC SHAKE		<i>kp bisacodyl</i>	102
JYNNEOS.....	33	.....	173	<i>kp calcium 600+d</i>	188
<i>k 100</i>	211	<i>kimono</i>	73	<i>kp calcium citrate+d</i>	188

<i>kp calcium-magnesium-zinc</i>	188	<i>laxative max str</i>	102	LIFYORLI (125 MG DOSE).....	19
<i>kp diphenhydramine hcl</i>	125	<i>laxative regular strength</i>	102	LIFYORLI (150 MG DOSE).....	19
<i>kp ferrous gluconate</i>	113	LAZCLUZE.....	22	LIL MIXINS-EGG.....	173
<i>kp ferrous sulfate</i>	113	<i>lecithin</i>	173	LIL MIXINS-PEANUT.....	173
<i>kp fexofenadine hcl</i>	126	<i>leflunomide</i>	31	LILETTA (52 MG).....	74
<i>kp folic acid</i>	211	<i>lenalidomide</i>	28	<i>linezolid</i>	53
<i>kp mag-oxide magnesium</i>	188	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ...	23	<i>linezolid in sodium chloride</i>	53
<i>kp melatonin</i>	173	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ...	23	LINZESS.....	95
<i>kp mens 50+ daily formula</i>	211	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ...	23	LIOMNY.....	70
<i>kp mens daily formula</i>	211	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ...	23	LIOPEN ABSORPTION	
<i>kp niacin</i>	211	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ...	23	ENHANCING.....	67
<i>kp prenatal multivitamins</i>	211	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ...	23	<i>liothyronine sodium</i>	70
<i>kp pseudoephedrine hcl</i>	142	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	23	LIPISTART.....	173
<i>kp senna</i>	102	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	23	<i>lipo cream base</i>	67
KP VISION FORMULA.....	211	LESSINA.....	74	LIPOCREAM BASE.....	67
KP VISION FORMULA/LUTEIN.....	211	<i>letrozole</i>	19	<i>lipopen ultra base</i>	67
<i>kp vitamin b-12</i>	211	<i>leucovorin calcium</i>	27	LIPOTRIAD VISION SUPPORT....	211
<i>kp vitamin b-6</i>	211	LEUKERAN.....	18	<i>lipotriad vision support plus</i>	211
<i>kp vitamin d</i>	211	<i>leuprolide acetate</i>	19	LIPOTRIAD VISIONARY.....	211
<i>kp vitamin d3</i>	211	<i>levalbuterol hcl</i>	128	<i>liquid acetaminophen</i>	44
<i>kp vitamin e</i>	211	<i>levalbuterol tartrate</i>	129	<i>liquid allergy relief</i>	126
<i>kp womens 50+ daily formula</i>	211	<i>levetiracetam</i>	152, 163	<i>liquid c</i>	211
<i>kp womens daily formula</i>	211	<i>levetiracetam er</i>	152	LIQUID HOPE.....	173
K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL		<i>levetiracetam in nacl</i>	163	LIQUID HOPE PEPTIDE.....	173
ST.....	211	<i>levobunolol hcl</i>	115	LIQUID HOPE PEPTIDE BERRY..	173
K-PAX PROTEIN BLEND IMMUNE		<i>levocarnitine</i>	83	<i>liquid pain relief</i>	44
.....	173	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	126	<i>lisinopril</i>	65
<i>kpn prenatal</i>	211	<i>levofloxacin</i>	57	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	63
KRAZATI.....	22	<i>levofloxacin in d5w</i>	57	<i>lithium</i>	162
K-TAN PLUS.....	113	LEVONEST.....	74	<i>lithium carbonate</i>	162
KURVELO.....	74	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	74	<i>lithium carbonate er</i>	162
<i>labetalol hcl</i>	61	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	74	<i>little animals</i>	211
LAC-HYDRIN FIVE.....	246	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	74	LITTLE REMEDIES FOR FEVER....	44
<i>lacosamide</i>	151, 152, 163	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	74	LITTLE REMEDIES GAS RELIEF...	95
<i>lactated ringers</i>	181	LEVORA 0.15/30 (28).....	74	<i>liver detox</i>	211
LACTINOL HX.....	246	<i>levothyroxine sodium</i>	70	LIVITA ADULTS.....	211
<i>lactulose</i>	102	LEVOXYL.....	70	LIVTENCITY.....	55
<i>lactulose encephalopathy</i>	102	<i>l-glutamine</i>	110, 173	LMD.....	173
LAMISIL AT ATHLETES FOOT.....	238	<i>lice killing</i>	241	<i>l-methylfolate</i>	211
LAMISIL AT JOCK ITCH.....	238	<i>lice killing shampoo max str</i>	241	<i>l-methylfolate calcium</i>	211
<i>lamivudine</i>	48, 55	<i>lice treatment</i>	241	<i>l-methyl-mc</i>	211
<i>lamivudine-zidovudine</i>	50	LIDO KING.....	246	LOESTRIN 1.5/30 (21).....	74
<i>lamotrigine</i>	152	<i>lidocaine</i>	234, 246	LOESTRIN 1/20 (21).....	74
<i>lamotrigine er</i>	152	<i>lidocaine hcl</i>	44, 234	LOESTRIN FE 1.5/30.....	74
LANABIOTIC.....	235	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	44	LOESTRIN FE 1/20.....	74
LAND BEFORE TIME		<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	234	<i>lohist-dm</i>	142
MULTIVITAMIN.....	211	<i>lidocaine max st 24 hours</i>	246	LOJAIMIESS.....	74
<i>lanreotide acetate</i>	83	<i>lidocaine pain relief</i>	246	LOKELMA.....	71
<i>lansoprazole</i>	97	<i>lidocaine pain relief max st</i>	246	LOLLICAINE.....	232
LANTUS.....	79	<i>lidocaine pain relieving</i>	246	LOMAIRA.....	86
LANTUS SOLOSTAR.....	79	<i>lidocaine viscous hcl</i>	232	<i>lomustine</i>	18
<i>lapatinib ditosylate</i>	22	<i>lidocaine-prilocaine</i>	234	<i>long acting nasal spray</i>	142
LARIN 1.5/30.....	74	LIDOCAN.....	234	<i>long lasting antacid</i>	89
LARIN 1/20.....	74	<i>lidocanna</i>	246	<i>long lasting nasal spray</i>	142
LARIN 24 FE.....	74	LIDOCARE ARM/NECK/LEG.....	246	LONSURF.....	26
LARIN FE 1.5/30.....	74	LIDOCARE BACK/SHOULDER.....	246	<i>loperamide hcl</i>	92, 95
LARIN FE 1/20.....	74	<i>lidocore</i>	246	LOPHLEX LQ 20.....	173
<i>latanoprost</i>	115	LIDOGUARD.....	246	<i>lopinavir-ritonavir</i>	50
<i>laxative</i>	102	<i>lidotrode</i>	246	<i>loradamed</i>	126

<i>loratadine</i>	126	MAG-200.....	188	MEDCAPS DPO.....	212
<i>loratadine childrens</i>	126	MAG64.....	188	MEDCAPS GI.....	212
<i>loratadine-d 12hr</i>	142	<i>mag-al</i>	89	MEDCAPS IS.....	212
<i>loratadine-d 24hr</i>	142	<i>mag-al plus</i>	89	MEDCAPS T3.....	212
<i>lorazepam</i>	155	<i>mag-al plus xs</i>	89	MEDERMA AG FACE.....	246
LORAZEPAM INTENSOL.....	155	MAGDELAY.....	188	MEDERMA STRETCH MARKS	
LORBRENA.....	23	<i>mag-g</i>	188	THERAPY.....	246
LORYNA.....	74	MAGNEBIND 300.....	188	<i>medi tab</i>	212
<i>losartan potassium</i>	59	MAGNEBIND 400.....	188	<i>medi-bismuth</i>	92
<i>losartan potassium-hctz</i>	63	<i>magnesium</i>	188	MEDIDERM.....	67
LOTEMAX.....	116	<i>magnesium carbonate</i>	188	MEDI-FIRST ASPIRIN.....	44
<i>loteprednol-tobramycin</i>	115	<i>magnesium gluconate</i>	188	MEDI-FIRST IBUPROFEN.....	37
LOTRIMIN AF.....	238	<i>magnesium lactate</i>	188	<i>medi-first triple antibiotic</i>	235
LOTRIMIN AF JOCK ITCH.....	238	<i>magnesium oxide</i>	90	MEDI-LAX.....	102
LOTRIMIN ULTRA.....	238	<i>magnesium oxide (antacid)</i>	89	MEDI-MUCIL.....	102
<i>lovastatin</i>	60	<i>magnesium oxide -mg supplement</i>	188	<i>medi-natural</i>	102
LOW-OGESTREL.....	74	<i>magnesium sulfate</i>	181	<i>medi-natural plus</i>	103
<i>loxapine succinate</i>	160	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	181	MEDI-PROFEN.....	37
LPS CRITICAL CARE SUGAR		<i>magnesium-sulfate in d5w</i>	181	MEDIQUE ASPIRIN.....	44
FREE.....	173	<i>magnesium-aluminum-simethicone</i>	90	MEDI-TABS CHILDRENS.....	44
LPS SUGAR FREE.....	173	MAGNESIUM-OXIDE.....	188	MEDI-TABS EXTRA STRENGTH.....	44
<i>lubiprostone</i>	95	MAGOX 400.....	188	MEDI-TABS JUNIOR STRENGTH.....	44
<i>lubricant drops/dual-action</i>	118	MAG-OXIDE.....	188	<i>medi-tussin dm</i>	143
<i>lubricant eye drop</i>	118	MAG-TAB SR.....	188	<i>medi-tussin dm double strength</i>	142
<i>lubricant eye drops</i>	118	<i>malathion</i>	241	MEDPURA ANTIFUNGAL.....	238
<i>lubricant eye drops (pf)</i>	118	MALTOCARB.....	173	MEDPURA HYDROSEPTINE.....	246
<i>lubricant eye drops pf</i>	118	<i>manganese chloride</i>	188	MEDPURA ZINC OXIDE.....	246
<i>lubricating tears eye drops</i>	118	MAOX.....	90	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	75, 86
LUZZA 1.5/30.....	74	<i>mapap</i>	44	<i>mefloquine hcl</i>	54
LUZZA 1/20.....	75	MAPAP ACETAMINOPHEN		<i>mega biotin</i>	212
LUMAKRAS.....	23	EXTRA STR.....	44	<i>mega coq10</i>	173
LUMIGAN.....	115	MAPAP CHILDRENS.....	44	<i>mega multi for women</i>	212
LUMIZYME.....	83	<i>maraviroc</i>	48	MEGA MULTI MEN.....	212
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	19	MAR-COF CG EXPECTORANT.....	142	<i>megavite fruits & veggies</i>	212
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	19	<i>marlissa</i>	75	<i>megestrol acetate</i>	19, 86
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	83	MARPLAN.....	157	<i>meijer advanced formula</i>	212
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	83	<i>masonatal</i>	212	<i>meijer allergy relief</i>	126
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	83	MATERNACEL.....	212	<i>meijer allergy relief-d</i>	143
<i>lurasidone hcl</i>	160	MATULANE.....	27	<i>meijer antacid anti-gas</i>	90
<i>lutein-zeaxanthin</i>	212	MAVYRET.....	55	<i>meijer anti-diarrheal</i>	92
LUTERA.....	75	MAX RELIEF JR CHILD		<i>meijer antihistamine allergy</i>	126
LYBALVI.....	160	PAIN/FEVER.....	44	<i>meijer aspirin ec</i>	44
LYLEQ.....	75	MAX RELIEF JUNIOR.....	44	<i>meijer aspirin free</i>	44
LYLLANA.....	85	MAX SLEEP JUNIOR.....	67	<i>meijer c</i>	212
LYNPARZA.....	23	MAX TUSSIN DM		<i>meijer calamine</i>	246
LYSIPLEX PLUS.....	212	COUGH&CHEST CONG.....	142	<i>meijer ferrous sulfate</i>	113
LYSODREN.....	19	MAX TUSSIN MUCUS & CHEST		<i>meijer ibuprofen</i>	37
LYTGObi (12 MG DAILY DOSE).....	23	CONG.....	142	<i>meijer jr st aspirin free</i>	44
LYTGObi (16 MG DAILY DOSE).....	23	MAXALLERGY KIDS.....	126	<i>meijer loratadine</i>	126
LYTGObi (20 MG DAILY DOSE).....	23	<i>maxifed</i>	142	<i>meijer nasal decongestant</i>	143
LYZA.....	75	MAXIMUM D3.....	212	<i>meijer triple antibiotic</i>	235
MAALOX MAX.....	89	<i>maximum daily green</i>	212	<i>meijer zinc oxide</i>	246
MAALOX MULTI SYMPTOM MAX		<i>maxi-tuss ac</i>	142	MEKINIST.....	23
ST.....	89	<i>maxi-tuss cd</i>	142	MEKTOVI.....	23
<i>macitentan</i>	65	<i>maxi-tuss g</i>	142	<i>melatonin</i>	67, 173, 174
MACULAR HEALTH FORMULA.....	212	<i>maxi-tuss gmx</i>	142	<i>melatonin extra strength</i>	173
MACUVITE.....	212	<i>maxx</i>	75	<i>melatonin maximum strength</i>	173
MACUVITE EYE CARE.....	212	<i>maxx plus</i>	75	MELEYA.....	75
MACUVITE/LUTEIN.....	212	<i>m-dryl</i>	126	<i>meloxicam</i>	37
		<i>meclizine hcl</i>	93		

<i>memantine hcl</i>	155, 156	<i>miconazole</i>	238	<i>moexipril hcl</i>	65
<i>memantine hcl er</i>	155	<i>miconazole 1</i>	108	MOI-STIR.....	232
<i>memantine hcl-donepezil hcl er</i>	156	<i>miconazole 3 combo pack</i>	108	<i>moisture barrier</i>	246
MEMORALL.....	212	<i>miconazole 3 combo-suppl</i>	108	<i>moisturizing cream</i>	246
MENQUADFI.....	33	<i>miconazole 7</i>	108	<i>moisturizing lubricant eye</i>	118
<i>mens 50+ advanced</i>	212	<i>miconazole antifungal</i>	238	<i>molindone hcl</i>	160
<i>mens 50+ multivitamin</i>	212	<i>miconazole nitrate</i>	108, 238	<i>mometasone furoate</i>	240
MENS LIFE PACK.....	212	<i>miconazole nitrate combo pack</i>	108	MOMMY'S BLISS GAS RELIEF	
<i>mens multi health formula</i>	212	<i>miconazorb af</i>	238	DROPS.....	95
<i>mens multivitamin</i>	212	MICOTRIN AP.....	238	MOMMY'S BLISS VIT D ORGANIC	
<i>mens multivitamin gummies</i>	212	MICROCHAMBER.....	131	.....	213
<i>menstrual relief max strength</i>	45	<i>microderm base</i>	67	MONISTAT 1 COMBO PACK.....	108
MENVEO.....	33, 34	MICROGESTIN 1.5/30.....	75	MONISTAT 1 DAY OR NIGHT.....	108
<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>	53	MICROGESTIN FE 1/20.....	75	PACK.....	108
<i>mesalamine</i>	97	MICROSOME BASE.....	67	MONISTAT 3 COMBO PACK APP	108
<i>mesalamine er</i>	97	MICROSPACER.....	131	MONISTAT 7 COMBO PACK APP	108
<i>mesalamine-cleanser</i>	97	<i>midodrine hcl</i>	64, 65	MONISTAT 7 SIMPLY CURE.....	108
<i>mesna</i>	27	MIDOL.....	45	MONJUVI.....	23
METAFOLBIC.....	212	MIDOL COMPLETE.....	45	MONOFERRIC.....	113
METAFOLBIC PLUS.....	212	MIEBO.....	118	MOGEN.....	174
METAMUCIL 3 IN 1 DAILY FIBER	103	<i>mifepristone</i>	83	MONO-LINYAH.....	75
METAMUCIL 4 IN 1 FIBER.....	103	MILI.....	75	<i>montelukast sodium</i>	133, 134
METAMUCIL FREE & NATURAL..	103	<i>milk of magnesia</i>	103	MOOD FOOD.....	213
METAMUCIL PREMIUM BLEND..	103	MIMVEY.....	85	MOOD FOOD ES.....	213
METAMUCIL SMOOTH TEXTURE	103	<i>mincora</i>	212	<i>morphine sulfate</i>	38
<i>metformin hcl</i>	81	<i>mineral oil</i>	103	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	38
<i>metformin hcl er</i>	81	<i>mineral oil heavy</i>	103	<i>morphine sulfate er</i>	38
<i>methadone hcl</i>	38	<i>mineral oil lubricant laxative</i>	103	MOTRIN CHILDRENS.....	37
METHADONE HCL INTENSOL.....	38	<i>minocycline hcl</i>	59	MOTRIN IB.....	37
<i>methazolamide</i>	64	<i>minoxidil</i>	65	MOTRIN INFANTS DROPS.....	37
<i>methenamine hippurate</i>	53	MINTOX.....	90	MOUNJARO.....	81
<i>methimazole</i>	70	<i>mintox maximum strength</i>	90	MOUTH KOTE.....	232
METHIONAID.....	174	MINTOX PLUS.....	90	MOUTH KOTE REMINT.....	232
<i>methocarbamol</i>	155	MIRALAX.....	103	MOVANTIK.....	95
<i>methotrexate sodium</i>	27, 31	MIRALAX MIX-IN PAX.....	103	<i>moxifloxacin hcl</i>	57, 116
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	26	<i>mirtazapine</i>	157	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	57
<i>methsuximide</i>	152	<i>misoprostol</i>	95	<i>m-pap</i>	45
METHYL PROTECT.....	212	<i>mi-vite rx</i>	212	MRESVIA.....	34
METHYL-GUARD.....	212	MM ACETAMINOPHEN EX STR.....	45	MSUD 2.....	174
METHYL-GUARD PLUS.....	212	MM ALLER-BEN.....	126	MSUD AID.....	174
<i>methylphenidate hcl</i>	162	<i>mm allergy relief 24 hour</i>	126	MSUD ANAMIX EARLY YEARS.....	174
<i>methylphenidate hcl er</i>	161	<i>mm arthritis pain</i>	45	MSUD COOLER.....	174
<i>methylprednisolone</i>	85	<i>mm aspirin</i>	45	MSUD LOPHLEX LQ.....	174
<i>methylprednisolone acetate</i>	85	<i>mm biotin/keratin</i>	213	MSUD MAXAMAX.....	174
<i>methylprednisolone sodium succ</i>	85	MM CLEARLAX.....	103	MSUD MAXAMUM.....	174
<i>metoclopramide hcl</i>	93	<i>mm fexofenadine hcl</i>	126	MTX SUPPORT.....	213
<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.....	174	FREEFROM.....	143
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	63	MMA/PA ANAMIX NEXT.....	174	MUCINEX COLD CHILDRENS.....	143
<i>metronidazole</i>	53, 108, 246	MMA/PA COOLER15.....	174	MUCINEX COUGH & CONGEST	
<i>metyrosine</i>	64	MMA/PA MAXAMUM.....	174	CHILD.....	143
<i>mg aspartate</i>	188	M-M-R II.....	34	MUCINEX COUGH CHILDRENS..	143
<i>mgo</i>	188	<i>m-natal plus</i>	182, 213	MUCINEX COUGH FOR KIDS.....	143
MIBELAS 24 FE.....	75	<i>modafinil</i>	163	MUCINEX DM.....	143
<i>micaderm</i>	238	MODEYSO.....	27	MUCINEX FAST-MAX CHEST	
<i>micafungin sodium</i>	51	MODULEN.....	174	CONG MS.....	143

MUCINEX FAST-MAX CONGEST			
COUGH.....	143		
MUCINEX FAST-MAX DM MAX....	143		
MUCINEX FAST-MAX SEVERE			
CON/CG.....	143		
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH	143		
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR &			
COOL.....	143		
MUCINEX SINUS-MAX			
SINUS/ALLRGY.....	143		
mucus & chest congestion.....	143		
mucus congest & cough child.....	143		
mucus dm.....	143		
mucus relief.....	144		
mucus relief chest congestion.....	143		
mucus relief dm.....	143, 144		
mucus relief dm max.....	143		
mucus relief er.....	144		
mucus relief max st.....	144		
mucus relief multi symptom.....	144		
mucus relief severe congest/cgh.....	144		
mucus-dm.....	144		
MULTAQ.....	60		
multi + omega-3 adult gummies.....	213		
multi + omega-3 gummies.....	213		
multi adult gummies.....	213		
MULTI COMPLETE.....	213		
multi complete/iron.....	213		
multi for her.....	213		
multi for her 50+.....	213		
MULTI FOR HIM.....	213		
multi for him 50+.....	213		
MULTI MEGA MINERALS.....	188		
multi prenatal.....	213		
multi vitamin.....	213		
multi vitamin w/d-3.....	213		
multi vitamin/minerals.....	213		
MULTIA.....	213		
MULTIGEN.....	113		
MULTIGEN PLUS.....	113		
multi-phasic penetrating cmpd.....	67		
multiple electro type 1 ph 7.4.....	181		
multiple vit/minerals/no iron.....	213		
multiple vitamin-folic acid.....	213		
multiple vitamins.....	213		
multiple vitamins essential.....	213		
multiple vitamins/iron.....	213		
multiple vitamins/womens.....	213		
multiple vitamins-iron.....	213		
multiple vitamins-minerals.....	213		
multi-symptom cold childrens.....	144		
multi-symptom cold plus child.....	144		
multi-vit/iron/fluoride.....	213		
multivit/multimineral adult.....	213		
multivitamin.....	214		
multi-vitamin.....	214		
multivitamin adult.....	213		
multivitamin adult (minerals).....	213		
multivitamin adults.....	213		
multivitamin adults 50+.....	213		
multivitamin childrens.....	214		
multivitamin childrens (w/ fa).....	214		
multivitamin childrens gummies.....	214		
multivitamin drops/iron.....	214		
multi-vitamin gummies.....	214		
multivitamin gummies adult.....	214		
multivitamin gummies mens.....	214		
multivitamin gummies womens.....	214		
multivitamin infant & toddler.....	214		
multivitamin iron-free.....	214		
multivitamin men.....	214		
multivitamin men 50+.....	214		
multi-vitamin monocats.....	214		
multivitamin plus iron adult.....	214		
multivitamin w/fluoride.....	214		
multivitamin women.....	214		
multivitamin women 50+.....	214		
multivitamin womens 50+ adv.....	214		
multivitamin/fluoride.....	214		
multi-vitamin/fluoride.....	214		
multi-vitamin/fluorideliron.....	214		
multi-vitamin/iron.....	214		
multi-vitamin/minerals.....	214		
multivitamin/zinc stress.....	214		
multivitamin-minerals.....	214		
multi-vitamins.....	214		
multivitamins plus iron child.....	214		
multi-vite.....	214		
MULTI-VIT-FLOR.....	214		
multivit-min gummies childrens.....	214		
mupirocin.....	235		
MURINE EAR.....	249		
MURINE EAR WAX REMOVAL			
SYSTEM.....	249		
MURO 128.....	118		
MVW COMPLETE FORMULATION			
.....	215		
MVW COMPLETE FORMULATION			
D3000.....	215		
MVW COMPLETE FORMULATION			
D5000.....	215		
MVW COMPLETE FORMULATION			
MINIS.....	215		
mvw hi-d adek gummies.....	215		
MVW MODULATOR			
FORMULATION.....	215		
MVW MODULATOR			
FORMULATION MINI.....	215		
MVW ORANGE CHEWABLES.....	215		
myamulti.....	215		
mycophenolate mofetil.....	32		
mycophenolate sodium.....	32		
MYCOZYL AP.....	238		
MYLANTA MAXIMUM STRENGTH.....	90		
MYLICON INFANTS GAS RELIEF.....	95		
MYNEPHRON.....	215		
MYRBETRIQ.....	106		
na ferric gluc cplx in sucrose.....	113		
na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	103		
nabumetone.....	37		
nac.....	174		
nac 600.....	174		
n-acetyl cysteine.....	174		
nadolol.....	61		
nafcillin sodium.....	58		
NAGLAZYME.....	83		
naloxone hcl.....	165		
naltrexone hcl.....	165		
NAMZARIC.....	156		
NAPHCN-A.....	115		
naproxen.....	37		
naproxen sodium.....	37		
NARAMIN.....	126		
naratriptan hcl.....	163		
nasal decongestant.....	144		
nasal decongestant 12hr.....	144		
nasal decongestant d.....	144		
nasal decongestant d max str.....	144		
nasal decongestant pe.....	144		
nasal decongestant pe max st.....	144		
nasal decongestant spray.....	144		
nasal four.....	144		
nasal spray.....	144		
nasal spray 12 hour.....	144		
nasal spray max strength.....	144		
nasal spray no drip.....	144		
NASALCROM.....	131		
NASCOBAL.....	215		
NATACYN.....	116		
natal prn.....	215		
nateglinide.....	81		
nat-rul daily-vite+iron.....	215		
nat-rul iron.....	113		
natrul magnesium.....	188		
nat-rul oyster calcium+vit d.....	189		
nat-rul theravite-m.....	215		
nat-rul vitamin d.....	215		
natrul-vites.....	215		
natural c/rose hips.....	215		
natural fiber.....	103		
natural fiber laxative.....	103		
natural psyllium seed.....	103		
natural senna laxative.....	103		
natural vitamin a.....	215		
natural vitamin d-3.....	215		
natural vitamin e.....	215		
NAYZILAM.....	152		
nebivolol hcl.....	61		
NECON 0.5/35 (28).....	75		
nefazodone hcl.....	157		
NEOCATE INFANT			
HYPOALLERGENIC.....	174		
NEOCATE JUNIOR.....	174		
NEOCATE JUNIOR PREBIOTICS.....	174		
NEOCATE SPLASH JUNIOR.....	174		
NEOCATE SPOON.....	174		
NEOCATE SYNEO JUNIOR.....	174		

NEOFLEX CALCIUM + VITAMIN D			
.....	189	<i>nicotine polacrilex</i>	165
<i>neomaterna</i>	215	<i>nicotine polacrilex mini</i>	165
NEOMULTIVITE.....	215	<i>nicotine step 1</i>	166
<i>neomycin sulfate</i>	53	<i>nicotine step 2</i>	166
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	116	<i>nicotine step 3</i>	166
<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	115	NICOTROL NS.....	166
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	116	<i>nifedipine er</i>	62
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	115, 120	<i>nifedipine er osmotic release</i>	62
<i>neonatal complete</i>	215	NIFEREX.....	113
NEONATAL PLUS.....	215	NIKKI.....	75
<i>neonatal prenatal</i>	215	<i>nilotinib hcl</i>	23
NEONATAL VITAMIN.....	215	<i>nilutamide</i>	19
NEOQ10.....	174	<i>nimodipine</i>	62
NEOSPORIN.....	235	NINJACOF-XG.....	144
NEOSPORIN + PAIN RELIEF MAX		NINLARO.....	23
ST.....	235	<i>nintedanib esylate</i>	132
NEOSPORIN + PAIN/ITCH/SCAR.....	235	NISEKO HYDRATING FACIAL.....	246
NEOSPORIN ORIGINAL.....	235	<i>nitazoxanide</i>	53
NEOSPORIN/BURN RELIEF.....	235	<i>nitisinone</i>	83
NEO-SYNEPHRINE		NITRO-BID.....	66
COLD/ALLRGY EXT.....	144	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	53
<i>neotuss</i>	144	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	53
<i>neo-vital rx</i>	215	<i>nitroglycerin</i>	66, 246
NEPHPLEX RX.....	215	NIVA-FOL.....	216
<i>nephro vitamins</i>	216	NIVANEX DMX.....	144
NEPHRON FA.....	113	NIVA-PLUS.....	216
NEPHRO-VITE.....	216	NIVEA.....	246
NEPRO.....	174	NIVEA VISAGE.....	246
NEPRO/CARBSTEADY.....	174	NIVEA VISAGE INNER BEAUTY.....	246
NERLYNX.....	23	NIX CREME RINSE.....	241
NESTABS.....	216	<i>nizatidine</i>	87
NESTABS DHA.....	216	<i>no drip nasal spray</i>	144
NESTABS ONE.....	216	<i>no iron mult vitamin-minerals</i>	216
<i>neti pot sinus wash</i>	132	<i>nohist-dm</i>	144
NEUAC.....	233	<i>non-aspirin</i>	45
NEUTROGENA HAND.....	246	<i>non-aspirin extra strength</i>	45
<i>nevirapine</i>	49	<i>non-aspirin jr strength</i>	45
<i>nevirapine er</i>	48	<i>non-aspirin pain relief</i>	45
NEXLETOL.....	61	<i>non-pseudo sinus decongestant</i>	144
NEXLIZET.....	61	NORA-BE.....	75
NEXPLANON.....	75	<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	75
NF FORMULAS NAC.....	174	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	75
<i>niacin</i>	216	<i>norethindrone</i>	75
<i>niacin er</i>	216	<i>norethindrone acetate</i>	86
<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	61	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	75
<i>niacin flush free</i>	216	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	85
<i>niacinamide</i>	216	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	75
NIAVASC.....	216	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	75
NIAVASC 750.....	216	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	75
<i>nicardipine hcl</i>	62	NORLYROC.....	75
NICODERM CQ.....	165	NORTREL 0.5/35 (28).....	76
NICOMIDE.....	216	NORTREL 1/35 (21).....	76
NICORELIEF.....	165	NORTREL 1/35 (28).....	76
NICORETTE.....	165	NORTREL 7/7/7.....	76
NICORETTE MINI.....	165	<i>nortriptyline hcl</i>	157
NICORETTE STARTER KIT.....	165	NORVIR.....	49
<i>nicotine</i>	166	<i>norwegian cod liver oil</i>	216
<i>nicotine mini</i>	165	NOSTRILLA.....	144
		NOURILITE.....	67
		NOURISH.....	174
		NOURISH PEPTIDE FORMULA... ..	174
		NOURIVAN ANTIOX BASE.....	67
		NOVAFERRUM.....	113
		NOVAFERRUM 50.....	113
		NOVAFERRUM PEDIATRIC	
		DROPS.....	113
		NOVASOURCE RENAL.....	174
		NOVOLIN 70/30.....	79
		NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	79
		NOVOLIN 70/30 RELION.....	79
		NOVOLIN N.....	79
		NOVOLIN N FLEXPEN.....	79
		NOVOLIN N RELION.....	79
		NOVOLIN R.....	79
		NOVOLIN R FLEXPEN.....	79
		NOVOLIN R RELION.....	79
		NOVOLOG.....	79
		NOVOLOG FLEXPEN.....	79
		NOVOLOG FLEXPEN RELION.....	79
		NOVOLOG MIX 70/30.....	79
		NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN....	79
		NOVOLOG PENFILL.....	79
		NOVOLOG RELION.....	79
		NRS NASAL RELIEF.....	144
		NUBEQA.....	19
		NUDEXTA.....	162
		NUFOL.....	216
		NU-IRON.....	113
		NULOJIX.....	32
		NUMOISYN.....	232
		NUPLAZID.....	160
		NURTEC.....	163
		NUTRA/SHAKE.....	174
		NUTRADERM.....	246
		NUTRALYN.....	216
		NUTREN 1.0.....	174
		NUTREN 1.0/FIBER.....	174
		NUTREN 1.5.....	175
		NUTREN 2.0.....	175
		NUTREN JR.....	175
		NUTREN JR FIBER.....	175
		NUTREN JUNIOR 1.0.....	175
		NUTREN JUNIOR/FIBER.....	175
		NUTREN PULMONARY.....	175
		NUTRIFAC ZX.....	216
		<i>nutrifocus</i>	175
		NUTRIHEP 1.5 CAL.....	175
		NUTRILIPID.....	191
		<i>nutritional drink</i>	175
		<i>nutritional drink mix</i>	175
		<i>nutritional drink plus</i>	175
		<i>nutritional drink shake mix</i>	175
		<i>nutritional shake</i>	175
		<i>nutritional shake complete</i>	175
		<i>nutritional shake high protein</i>	175
		<i>nutritional shake plus</i>	175
		<i>nutritional shake plus protein</i>	175
		<i>nutritional supplement</i>	175

<i>nutritional supplement plus</i>	175	ON/GO ONE COVID-19 HOME		ONE-A-DAY WOMENS 50+	
NUZYRA.....	59	TEST.....	53	ADVANTAGE.....	218
NYAMYC.....	238	<i>once daily</i>	217	ONE-A-DAY WOMENS PETITES.....	218
NYLIA 1/35.....	76	ONCOVITE.....	217	ONE-A-DAY WOMENS	
NYLIA 7/7/7.....	76	<i>ondansetron</i>	93	VITACRAVES.....	218
<i>nystatin</i>	51, 232, 238	<i>ondansetron hcl</i>	93	<i>one-daily multi caps</i>	218
NYSTOP.....	238	ONE A DAY MEN 50 PLUS.....	217	<i>one-daily multi vitamins</i>	218
OA 1.....	175	ONE A DAY MENS VITACRAVES.....	217	<i>one-daily multi-vit/mineral</i>	218
OA 2.....	175	ONE A DAY PRENATAL.....	217	<i>one-daily multi-vitamin</i>	218
OB COMPLETE.....	216	ONE A DAY WOMEN 50 PLUS.....	217	<i>one-daily multi-vitamin/iron</i>	218
OB COMPLETE PREMIER.....	216	<i>one daily</i>	217	<i>one-daily/iron</i>	218
OBSTETRIX EC.....	216	<i>one daily 50 plus</i>	217	ONELAX.....	103
OBTREX.....	216	<i>one daily calcium/iron</i>	217	ONELAX DAILY FIBER.....	103
OCTAGAM.....	31	<i>one daily complete</i>	217	ONELAX FIBER THERAPY.....	103
<i>octreotide acetate</i>	83	<i>one daily complete for men</i>	217	ONELAX SENNA.....	103
<i>ocular vitamins</i>	216	ONE DAILY ESSENTIAL.....	217	ONTRUZANT.....	24
<i>ocutabs</i>	216	<i>one daily essentials</i>	217	ONUREG.....	27
<i>ocutabs-lutein</i>	216	<i>one daily for men 50+ advanced</i>	217	OPCON-A.....	115
OCUVITE ADULT 50+.....	216	<i>one daily for men/lycopene</i>	217	OPIPZA.....	160
OCUVITE ADULT FORMULA.....	216	<i>one daily for women</i>	217	OPSUMIT.....	65
OCUVITE EXTRA.....	216	<i>one daily for women 50+ adv</i>	217	OPTICHAMBER DIAMOND.....	132
OCUVITE EYE + MULTI.....	216	<i>one daily healthy weight</i>	217	OPTICHAMBER DIAMOND-LG	
OCUVITE EYE HEALTH		<i>one daily healthy weight adv</i>	217	MASK.....	132
FORMULA.....	216	<i>one daily maximum</i>	217	OPTICHAMBER DIAMOND-MD	
OCUVITE EYE HEALTH		<i>one daily men formula w/o iron</i>	217	MASK.....	132
GUMMIES.....	216	<i>one daily mens</i>	217	OPTICHAMBER DIAMOND-SM	
OCUVITE-LUTEIN.....	217	<i>one daily mens 50+ multivit</i>	217	MASK.....	132
ODEFSEY.....	50	<i>one daily mens 50+/lycopene</i>	217	OPTICLEANSE GHI.....	175
ODOMZO.....	23	<i>one daily mens health</i>	217	<i>optic-vites</i>	218
<i>odor control foot & sneaker</i>	238	<i>one daily multivit/iron-free</i>	217	<i>optic-vites with lutein</i>	218
ODOR EATERS ANTIFUNGAL.....	238	<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.....	238	<i>one daily multivitamin women</i>	217	OPTIMAL D3 M.....	218
OFEV.....	132	<i>one daily multivitamin/iron</i>	217	OPTIMENTAL.....	175
<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>	218	CONTRACEPTIVE.....	108
OJEMDA.....	24	ONE VITE CALCIUM + D3.....	189	OPTISOURCE POST BARIATRIC	
OJJAARA.....	24	ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN.....	218	SURG.....	218
OKEEFFES WORKING HANDS.....	247	ONE VITE FERROUS SULFATE.....	113	OPTIVITE P.M.T.....	219
<i>olanzapine</i>	160	<i>one vite womens</i>	218	OPURITY.....	219
<i>olmesartan medoxomil</i>	59	<i>one vite womens plus</i>	218	OPURITY B12/FOLIC ACID.....	219
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	63	ONE-A-DAY FOR HER		OPURITY BYPASS OPTIMIZED.....	219
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	63	VITACRAVES.....	218	<i>oral analgesic max st</i>	232
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	61	ONE-A-DAY FOR HIM		<i>oral electrolyte freezer pops</i>	183
<i>omeprazole</i>	97	VITACRAVES.....	218	<i>oral electrolytes</i>	183
OMNIBASE.....	67	ONE-A-DAY MENOPAUSE		<i>oral relief spray</i>	232
<i>omnicap</i>	217	FORMULA.....	218	<i>oral suspend</i>	67
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO		ONE-A-DAY MENS (MINERALS).....	218	ORALYTE.....	183
GEN 5.....	79	ONE-A-DAY MENS 50+.....	218	ORAPENN SD ANHYD	
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS		ONE-A-DAY MENS 50+		SWEETENED.....	67
GEN 5.....	79	ADVANTAGE.....	218	ORAPENN SD ANHYD	
OMNIPOD 5 LIBRE INTRO.....	79	ONE-A-DAY MENS HEALTH		UNSWEETEN.....	68
OMNIPOD 5 LIBRE PODS.....	79	FORMULA.....	218	ORA-PLUS.....	68
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4).....	80	ONE-A-DAY MENS PRO EDGE.....	218	ORASEP.....	232
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	80	ONE-A-DAY PROACTIVE 65+.....	218	ORAZINC.....	189
OMNITROPE.....	83	ONE-A-DAY WOMENS.....	218	ORGANIC NUTRITION SHAKE.....	175
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST	53	ONE-A-DAY WOMENS 50+.....	218	ORGANIC PEDIA SMART.....	175

ORGOVYX.....	19	<i>pain relieving lidocaine</i>	247	PEDIA-LAX.....	103
ORKAMBI.....	132	<i>paliperidone er</i>	160	PEDIALYTE.....	183
<i>orlistat</i>	86	PALMERS COCOA BUTTER		PEDIALYTE ADVANCED CARE...	183
ORQUIDEA.....	76	FORMULA.....	247	PEDIALYTE FREEZER POPS.....	183
ORSERDU.....	19	PALMERS INTENSIVE RELIEF		PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT .	183
OS 2.....	175	HAND.....	247	PEDIALYTE SINGLES.....	183
<i>oseltamivir phosphate</i>	55	PALMERS NIGHT CREAM.....	247	PEDIARIX.....	34
OSMOLITE.....	175	PALMERS STRETCH MARKS.....	247	PEDIASMA RT PEA PROTEIN.....	176
OSMOLITE 1 CAL.....	175	<i>pamidronate disodium</i>	87	PEDIASURE.....	176
OSMOLITE 1.2 CAL.....	175	<i>pan-c 500/bioflavonoids</i>	219	PEDIASURE 1.0 CAL/FIBER.....	176
OSMOLITE 1.5 CAL.....	175	PANRETIN.....	247	PEDIASURE 1.5 CAL.....	176
OSMOLITE HN.....	175	<i>pantoprazole sodium</i>	97	PEDIASURE 1.5 CAL/FIBER.....	176
OSPOMYV.....	87	PANZYGA.....	31	PEDIASURE GROW & GAIN.....	176
OSTEOPRIME PLUS.....	219	<i>paricalcitol</i>	71	PEDIASURE GROW & GAIN	
OSTEOPRIME ULTRA.....	219	<i>paroxetine hcl</i>	157	ORGANIC.....	176
<i>oxacillin sodium</i>	58	<i>parvlex</i>	219	PEDIASURE GROW &	
<i>oxaliplatin</i>	18	PAXLOVID (150/100).....	55	GAIN/FIBER.....	176
<i>oxcarbazepine</i>	152	PAXLOVID (300/100 & 150/100).....	55	PEDIASURE HARVEST 1.0 CAL..	176
OXEPA.....	176	PAXLOVID (300/100).....	55	PEDIASURE NUTRIPALS.....	176
OXEPA 1.5.....	175	<i>pazopanib hcl</i>	24	PEDIASURE PEDIATRIC.....	176
<i>oxybutynin chloride</i>	107	<i>pc pediatric iron drops</i>	113	PEDIASURE PEPTIDE 1.0 CAL....	176
<i>oxybutynin chloride er</i>	107	<i>pc pediatric poly-vitalfe drop</i>	219	PEDIASURE PEPTIDE 1.5 CAL....	176
<i>oxycodone hcl</i>	38	<i>pc pediatric poly-vitamin drop</i>	219	PEDIASURE REDUCED CALORIE	
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	38	<i>pc pediatric tri-vitamin drops</i>	219	.....	176
<i>oxymetazoline hcl</i>	145	PCCA ALADERM BASE.....	68	PEDIASURE SHAKE MIX.....	176
OYSCO 500+D.....	189	PCCA ANHYDROUS LIPODERM		PEDIASURE SHAKE/FIBER.....	176
<i>oyster calcium/d3</i>	189	BASE.....	68	PEDIASURE SIDEKICKS.....	176
<i>oyster shell calcium</i>	189	PCCA BASE 7542.....	68	PEDIASURE SIDEKICKS CLEAR..	176
<i>oyster shell calcium + d</i>	189	PCCA BIOPEPTIDE BASE.....	68	PEDIASURE SIDEKICKS SHAKE..	176
<i>oyster shell calcium + d3</i>	189	PCCA CANNIDEX 2.0 CUSTOM		PEDIASURE/FIBER.....	176
<i>oyster shell calcium plus d</i>	189	BASE.....	68	<i>pediatric drink</i>	176
<i>oyster shell calcium w/d</i>	189	PCCA CANNIDEX CUSTOM BASE	68	<i>pediatric electrolyte</i>	183
<i>oyster shell calcium/d</i>	189	PCCA COSMETIC HRT BASE.....	68	PEDVAXHIB.....	34
<i>oyster shell calcium/d3</i>	189	PCCA EMOLLIENT CREAM BASE..	68	<i>peg 3350</i>	103
<i>oyster shell calcium/vit d</i>	189	PCCA HYDRABASE SB CUSTOM		<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	103
<i>oyster shell calcium/vit d3</i>	189	BASE.....	68	<i>peg-3350/electrolytes</i>	103
<i>oyster shell calcium/vitamin d</i>	189	PCCA LIPODERM BASE.....	68	PEGASYS.....	55
OZEMPIC.....	81	PCCA MVC BASE.....	68	PELLIX.....	239
OZEMPIC (0.25 OR 0.5		PCCA NATACREAM.....	68	PEMAZYRE.....	24
MG/DOSE).....	81	PCCA PRACASIL TM-PLUS BASE..	68	<i>pemetrexed disodium</i>	27
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	81	PCCA VANISHING CREAM BASE..	68	PENBRAYA.....	34
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	81	PCCA VANISHING CREAM LIGHT..	68	<i>penderm</i>	68
PACERONE.....	60	PCCA VANPEN BASE.....	68	<i>penicillamine</i>	71
<i>paclitaxel</i>	27	PCCA WAV CUSTOM BASE.....	68	<i>penicillin g potassium</i>	58
<i>paclitaxel protein-bound part</i>	28	PEGGEN DMX.....	145	<i>penicillin g sodium</i>	58
<i>pain & fever childrens</i>	45	PEGGEN PSE.....	145	<i>penicillin v potassium</i>	58
<i>pain & fever infants</i>	45	<i>ped electrolyte freeze pops</i>	183	PEN-KERA.....	247
<i>pain & fever kids</i>	45	<i>ped electrolyte freezer pops</i>	183	<i>penmenvy</i>	34
<i>pain and fever relief kids</i>	45	PEDIA VANCE.....	183	<i>pensomal</i>	68
<i>pain relief</i>	45	PEDIACARE CHILDREN.....	45	PENTACEL.....	34
<i>pain relief childrens</i>	45	PEDIACARE CHILDRENS		<i>pentamidine isethionate</i>	53
<i>pain relief extra strength</i>	45	ALLERGY.....	126	<i>pentoxifylline er</i>	110
<i>pain relief max str</i>	247	PEDIACARE		PENTRAVAN.....	247
<i>pain relief maximum strength</i>	247	COUGH/CONGESTION.....	145	PENTRAVAN PLUS.....	247
<i>pain relief regular strength</i>	45	PEDIACARE INFANT		PEPTAMEN.....	177
<i>pain reliever</i>	45	FEVER/PAIN.....	45	PEPTAMEN 1 CAL/PREBIO1.....	176
<i>pain reliever extra strength</i>	45	PEDIACARE INFANTS.....	45	PEPTAMEN 1.5 CAL.....	176
<i>pain reliever for adults</i>	45	PEDIACARE INFANTS GAS		PEPTAMEN 1.5 CAL/PREBIO1.....	176
<i>pain reliever/fever reducer</i>	45	RELIEF.....	95	PEPTAMEN AF.....	176

PEPTAMEN INTENSE VHP.....	176	PHENYLADE ESSENTIAL DRINK		PKU START.....	178
PEPTAMEN JUNIOR 1 CAL.....	176	MIX.....	177	<i>pku trio</i>	178
PEPTAMEN JUNIOR 1		PHENYLADE ESSENTIAL		PLENAMINE.....	191
CAL/PREBIO1.....	176	MIX/FIBER.....	177	PLENVU.....	104
PEPTAMEN JUNIOR 1.5.....	177	PHENYLADE GMP.....	177	<i>pnv 27-calfalfa</i>	219
PEPTAMEN JUNIOR 1.5 CAL.....	176	PHENYLADE GMP MIX		<i>pnv prenatal plus multivitamin</i>	219
PEPTAMEN JUNIOR FIBER.....	177	DHA/FIBER.....	177	<i>pnv tabs 20-1</i>	219
PEPTAMEN JUNIOR HP.....	177	PHENYLADE GMP MIX-IN.....	177	<i>pnv-select</i>	219
PEPTAMEN JUNIOR PHGG 1.2... 177		PHENYLADE GMP READY.....	177	POCKET CHAMBER.....	132
PEPTAMEN JUNIOR/PREBIO1... 177		PHENYLADE RTD PKU 10.....	177	POCKET SPACER.....	132
PEPTAMEN/PREBIO1.....	177	PHENYLADE60 DRINK MIX.....	177	<i>podofilox</i>	247
PEPTO-BISMOL.....	92	<i>phenylephrine hcl</i>	145	<i>poly bacitracin</i>	235
PEPTO-BISMOL MAX STRENGTH 92		<i>phenylephrine-dm-gg</i>	145	POLYCAL.....	178
PEPTO-BISMOL TO-GO.....	92	PHENYL-FREE 2.....	177	<i>polyethylene glycol 3350</i>	69, 104
<i>perampanel</i>	152	PHENYL-FREE 2HP.....	177	POLY-IRON 150.....	114
PERATIVE.....	177	PHENYTEK.....	152	<i>polymyxin b sulfate</i>	53
PERATIVE 1.3 CAL.....	177	<i>phenytoin</i>	152	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	116
PERDIEM OVERNIGHT RELIEF... 103		<i>phenytoin sodium</i>	164	<i>polysaccharide iron complex</i>	114
PERIDIN-C.....	219	<i>phenytoin sodium extended</i> ... 152, 164		<i>polysaccharide-iron complex</i>	114
PERIFLEX ADVANCE.....	177	PHESGO.....	24	POLYSPORIN.....	235
PERIFLEX JUNIOR.....	177	PHILITH.....	76	<i>poly-tussin ac</i>	145
<i>perindopril erbumine</i>	65	PHILLIPS MILK OF MAGNESIA... 104		POLY-VENT IR.....	145
PERIOGARD.....	232	PHYTOBASE.....	68	POLY-VI-FLOR.....	219
PERIOMED.....	232	PHYTOMULTI.....	219	<i>polyvinyl alcohol</i>	118
<i>permethrin</i>	241	<i>phytonadione</i>	219	POLY-VI-SOL.....	219
<i>perphenazine</i>	160	PIFELTRO.....	49	POLY-VI-SOL/IRON.....	219
<i>petrolatum</i>	68	<i>pilocarpine hcl</i>	115, 232	<i>poly-vita</i>	219
<i>petrolatum white</i>	68	PILOT COVID-19 AT-HOME TEST . 53		<i>poly-vitaliron</i>	219
<i>petroleum jelly</i>	68	<i>pimecrolimus</i>	247	<i>poly-vite pediatric</i>	219
PFCB.....	68	<i>pimozide</i>	160	<i>poly-viteliron</i>	219
PFD 2.....	177	PIMTREA.....	76	<i>pomalidomide</i>	28
PFD TODDLER.....	177	<i>pin-away</i>	53	POMALYST.....	28
PFIZERPEN.....	58	<i>pindolol</i>	61	PORTAGEN.....	178
<i>pharbecchlor</i>	126	<i>pink bismuth</i>	92	PORTIA-28.....	76
<i>pharbedryl</i>	126	<i>pink bismuth maximum strength</i> 92		<i>posaconazole</i>	51
PHARBETOL.....	45	<i>pinworm medicine</i>	53	<i>potassium chloride</i>	181, 182
PHARBETOL EXTRA STRENGTH. 45		<i>pioglitazone hcl</i>	81	<i>potassium chloride crys er</i>	182
PHARMABASE ANTIOXIDANT..... 68		<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i> 81		<i>potassium chloride er</i>	182
PHARMABASE COSMETIC.....	68	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i> 59		<i>potassium chloride in nacl</i>	181
PHARMABASE COSMETIC		PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)..... 24		<i>potassium citrate er</i>	109
NATURAL.....	68	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)..... 24		<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	181
PHARMABASE HEAVY.....	68	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)..... 24		<i>potassium hydroxide</i>	69
PHARMABASE LIGHT.....	68	<i>pirfenidone</i>	132	<i>povidone-iodine</i>	247
PHARMABASE VAGINAL.....	68	<i>piroxicam</i>	37	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	154
<i>pharmacist choice d-vitamin</i> 219		PIVOT 1.5 CAL.....	177	<i>prasugrel hcl</i>	114
PHAZYME.....	95	PKU 2.....	177	<i>pravastatin sodium</i>	60
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH 95		PKU 3.....	177	<i>praziquantel</i>	53
PHAZYME ULTRA STRENGTH..... 95		PKU AIR20 GOLD.....	177	<i>prazosin hcl</i>	59
<i>phendimetrazine tartrate</i>	86	PKU AIR20 GREEN.....	177	<i>prednisolone</i>	85
<i>phenelzine sulfate</i>	157	PKU AIR20 YELLOW.....	177	<i>prednisolone acetate</i>	116
PHENEX-1.....	177	PKU COOLER 10.....	177	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	
PHENEX-2.....	177	PKU COOLER 15.....	177	.....	85, 117
<i>phenobarbital</i>	152	PKU COOLER 20.....	177	<i>prednisone</i>	85, 86
<i>phenobarbital sodium</i>	164	PKU EASY SHAKE & GO.....	177	PREDNISONE INTENSOL.....	85
<i>phenol</i>	247	PKU LOPHLEX LQ 20.....	178	<i>preferred plus insulin syringe</i>	80
<i>phentermine hcl</i>	86	PKU PERIFLEX EARLY YEARS... 178		<i>pregabalin</i>	152
<i>phentermine-topiramate er</i>	86	PKU PERIFLEX JUNIOR PLUS... 178		<i>pregenna</i>	219
PHENYLADE DRINK MIX.....	177	PKU SPHERE 20.....	178	PREMASOL.....	191
		PKU SPHERE NEXT 15.....	178	PREMESISRX.....	219

PRENATABS RX.....	219	<i>prochlorperazine edisylate</i>	93	PULMOZYME.....	132
<i>prenatal</i>	182, 220	<i>prochlorperazine maleate</i>	93	<i>pure calcium carbonate</i>	189
<i>prenatal (w/iron & fa)</i>	219	PROCRIT.....	111	<i>pure comfort spacer chamber</i>	132
<i>prenatal 19</i>	219	PROCTOCORT.....	247	PURECARB.....	178
<i>prenatal complete</i>	219	PROCTO-MED HC.....	247	<i>purevit dualfe plus</i>	114
<i>prenatal formula</i>	219	PROCTOSOL HC.....	247	<i>push 20+ advanced</i>	178
<i>prenatal formula a-free</i>	219	PROCTOZONE-B.....	104	<i>pyrazinamide</i>	49
<i>prenatal forte</i>	219	PROCTOZONE-HC.....	247	<i>pyridostigmine bromide</i>	162
<i>prenatal multi +dha</i>	220	<i>pro-ex antifungal</i>	238	<i>pyridoxine hcl</i>	221
PRENATAL MULTIVITAMIN +		<i>progesterone</i>	86	<i>pyrimethamine</i>	53
DHA.....	220	PROGRAF.....	32	PYZCHIVA.....	29
<i>prenatal multivitamin plus dha</i>	220	PROLASTIN-C.....	132	<i>qc 8 hour arthritis pain</i>	46
<i>prenatal one daily</i>	220	PROLAXA.....	104	<i>qc 8 hour pain relief</i>	46
<i>prenatal plus</i>	220	PROLIA.....	87	<i>qc acetaminophen 8 hours</i>	46
<i>prenatal plus vitamin/mineral</i>	220	<i>promethazine hcl</i>	93	<i>qc acetaminophen 8hr arth pain</i>	46
<i>prenatal vitamin and mineral</i>	220	<i>promethazine-codeine</i>	145	<i>qc acetaminophen 8hr musc ache</i> ...	46
<i>prenatal vitamins</i>	220	<i>promethazine-dm</i>	145	<i>qc acetaminophen infants</i>	46
<i>prenatal/iron</i>	220	PROMOD.....	178	<i>qc all day allergy</i>	126
<i>prenatal+dha</i>	220	PROMOTE.....	178	<i>qc allergy childrens</i>	126
PRENATE AM.....	220	PROMOTE 1.0.....	178	<i>qc allergy relief</i>	126
PRENATE ELITE.....	220	PROMOTE 1.0 WITH FIBER.....	178	<i>qc allergy relief childrens</i>	126
PRENATOL-M.....	220	PROMOTE/FIBER.....	178	<i>qc antacid</i>	90
<i>prescription support multivit</i>	220	<i>propafenone hcl</i>	60	<i>qc antacid & pain relief</i>	46
PRESERVISION AREDS.....	220	<i>propafenone hcl er</i>	60	<i>qc antacid/anti-gas</i>	90
PRESERVISION AREDS 2.....	220	<i>proparacaine hcl</i>	119	<i>qc anti-diarrheal</i>	92
PRESERVISION AREDS 2+MULTI		PRO-PHREE.....	178	<i>qc antifungal (tolnaftate)</i>	238
VIT.....	220	PROPIMEX-1.....	178	<i>qc anti-gas</i>	96
PRESERVISION/LUTEIN.....	220	PROPIMEX-2.....	178	<i>qc anti-itch extra strength</i>	247
PRESGEN.....	145	<i>propranolol hcl</i>	61	<i>qc antiseptic skin cleanser</i>	247
PRESGEN PEDIATRIC.....	145	<i>propranolol hcl er</i>	61	<i>qc arthritis pain relief</i>	46
PRETTY FEET/HANDS.....	247	<i>propylthiouracil</i>	70	<i>qc artificial tears</i>	119
PREVALITE.....	61	PROQUAD.....	34	<i>qc aspirin</i>	46
<i>prevent</i>	220	PRORENAL + D.....	220	<i>qc aspirin low dose</i>	46
PREVIDENT.....	233	PRORENAL + D W/ OMEGA-3.....	220	<i>qc athletes foot</i>	238
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH.....	232	PROSIGHT.....	220	<i>qc b12</i>	221
PREVIDENT 5000 PLUS.....	233	PROSOL.....	191	<i>qc bacitracin</i>	235
<i>prev-rx</i>	220	PROSOURCE.....	178	<i>qc bacitracin zinc</i>	235
PREVYMIS.....	55	PROSOURCE PLUS.....	178	<i>qc biotin</i>	221
PREZCOBIX.....	50	PROSOURCE TF.....	178	<i>qc calamine</i>	247
PREZISTA.....	49	PROSOURCE XTRACAL.....	178	<i>qc calcium 500mg-d3</i>	189
PRIFTIN.....	49	PROSOURCE ZAC.....	178	<i>qc calcium fast dissolution</i>	189
<i>primaquine phosphate</i>	54	PROSTEON.....	189	<i>qc cetirizine allergy relief</i>	126
<i>primidone</i>	152	PROSURE.....	178	<i>qc childrens aspirin</i>	46
PRIORIX.....	34	PROTALITY.....	178	<i>qc childrens complete</i>	221
PRIVIGEN.....	32	PROTECT CARDIO AF.....	220	<i>qc childrens vitamins/extra c</i>	221
<i>pro comfort spacer adult</i>	132	PROTECT PLUS SO.....	220	<i>qc childrens vitamins/iron</i>	221
<i>pro comfort spacer child</i>	132	PROTEGRA.....	221	<i>qc chlor-pheniramine</i>	126
<i>pro comfort spacer infant</i>	132	<i>protriptyline hcl</i>	157	<i>qc clotrimazole</i>	108, 238
<i>pro hers rx</i>	220	PROVIMIN.....	178	<i>qc co q-10</i>	178
<i>pro his rx</i>	220	PROVIT.....	221	<i>qc cod liver oil</i>	221
<i>pro pcos rx</i>	220	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	145	<i>qc complete allergy medicine</i>	126
<i>probenecid</i>	48	<i>pseudoephedrine hcl</i>	145	<i>qc daily multivit/multimineral</i>	221
<i>probiotics + bariatric multi</i>	220	<i>pseudoephedrine hcl er</i>	145	<i>qc daily multivitamins/iron</i>	221
PRO-CAL.....	220	<i>p-siloxan ds</i>	69	<i>qc diarrhea relief</i>	92
<i>procare spacer/adult mask</i>	132	<i>psyl dex</i>	104	<i>qc docusate calcium</i>	104
<i>procare spacer/child mask</i>	132	<i>psyllium fiber</i>	104	<i>qc ear wax removal</i>	249
PROCERV HP.....	220	PULMOCARE.....	178	<i>qc earwax removal</i>	249
<i>prochamber vhc</i>	132	PULMOCARE 1.5.....	178	<i>qc earwax removal kit</i>	249
<i>prochlorperazine</i>	93	PULMOSAL.....	145	<i>qc enema</i>	104

qc enteric aspirin	46	qc povidone iodine	247	ra allergy relf & nasal decong	146
qc epsom salt	104	qc prenatal	221	ra allergy relief	127
qc essentials	221	qc psyllium fiber	104	ra allergy relief (cetirizine)	127
qc ferrous sulfate	114	qc senna	104	ra allergy relief (loratadine)	127
qc fiber	104	qc senna-s	104	ra allergy relief childrens	127
qc fiber laxative	104	qc stomach relief	92	ra allergy rlf/nasal decongest	146
qc fiber therapy	104	qc stomach relief ultra	92	ra allergy/congestion relief	146
qc folic acid	221	qc stool softener	104	ra allergy/congestion relief-d	146
qc gas relief	96	qc stool softener pls laxative	104	ra antacid	90
qc gas relief extra strength	96	qc suphedrine maximum strength	146	ra antacid/anti-gas	90
qc gas relief infants	96	qc therin-m	221	ra antacid/anti-gas max st	90
qc gentle laxative	104	qc tolnaftate	238	ra antacid/gas relief max st	90
qc gentle laxative womens	104	qc triple antibiotic	235	ra antibiotic + pain relief	235
qc glycerin	104	qc triple antibiotic max st	235	ra antibiotic/pain relief	235
qc hair skin & nails	221	qc triple antibiotic multi-act	235	ra anti-diarrheal	92
qc ibuprofen	37	qc triple antibiotic pain rlf	235	ra antifungal foot care	238
qc ibuprofen ib	37	qc tussin cf adult	146	ra anti-itch skin protectant	247
qc laxative	104	qc tussin dm cough/congestion	146	ra antiseptic	247
qc lidocaine pain relief	247	qc urinary pain relief	53	ra antiseptic skin cleanser	247
qc loratadine allergy relief	126	qc vapor inhaler	146	ra arthritis pain relief	46
qc loratadine-d	145	qc vegetable laxative	104	ra aspirin	47
qc lubricant eye drops	119	qc vitamin b1	221	ra aspirin adult low dose	46
qc magnesium	90	qc vitamin b12	221	ra aspirin adult low strength	46
qc medifin mucus relief child	145	qc vitamin b6	221	ra aspirin childrens	46
qc melatonin max st	178	qc vitamin c	221	ra aspirin ec	47
qc mens daily multivitamin	221	qc vitamin c with rose hips	221	ra aspirin ec adult low st	47
qc menstrual complete max st	46	qc vitamin d3	221	ra athletes foot	238
qc miconazole 7	108	qc vitamin e	221	ra bacitracin	235
qc milk of magnesia	104	qc womens daily multivitamin	221	ra bacitracin zinc first aid	235
qc mucus & cough relief child	145	qc zinc	189	ra balanced b-100	222
qc mucus relief	145	qc zinc oxide	247	ra balanced b-50	222
qc mucus relief childrens	145	QINLOCK	24	ra b-complex	222
qc mucus relief dm max	145	QLEARQUIL	146	ra b-complex with b-12	222
qc mucus relief er	145	Q-SORB CO Q-10	178	ra biotin	222
qc mucus relief max st	145	QSYMIA	86	ra calcium 600	189
qc mucus relief severe con/cgh	145	QUADRACEL	34	ra calcium 600/vitamin d-3	189
qc multi-vite	221	quetiapine fumarate	160	ra calcium cit plus vit d-3	189
qc multi-vite 50 & over	221	quetiapine fumarate er	160	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	222	ra calcium plus vitamin d3	189
qc natural vegetable	104	QUICKVUE AT-HOME COVID-19		RA CENTRAL-VITE	222
qc natura-lax	104	TEST	53	ra central-vite mens mature	222
qc niacin	221	quin b strong	222	ra central-vite womens mature	222
qc nicotine transdermal system	166	quin b strong b-25	222	ra cetiri-d	146
qc no drip extra moisturizing	145	quinapril hcl	65	ra childrens fever/pain	47
qc no drip nasal relief	145	quinidine sulfate	60	ra chlorpheniramine maleate	127
qc no drip original 12 hours	145	quinine sulfate	54	ra clotrimazole	238
qc non-aspirin 8 hour	46	quintabs	222	ra clotrimazole 7	108
qc non-aspirin childrens	46	quintabs-m	222	ra coenzyme q-10	178
qc non-aspirin extra strength	46	QULIPTA	163	ra col-rite	104
QC OCUHEALTH VISION		ra 12 hour nasal spray	146	ra complete allergy	127
SUPPORT 2	221	ra 2-in-1 lax/stool softener	104	ra cough dm	146
qc oral pain relieving	233	ra 8 hour pain relief	46	ra decongestant inhaler	146
qc pain relief	46	ra acetaminophen	46	RA DIPHEDRYL ALLERGY	127
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	233
qc petroleum jelly	69	ra allergy	127, 247	ra ear drops	249
qc pink bismuth	92	ra allergy medication	126, 127	ra earwax removal kit	249

<i>ra enema</i>	104	<i>ra pain relief aspirin</i>	47	REASON.....	179
<i>ra epsom salt</i>	104	<i>ra pain relief ibuprofen</i>	37	RECLIPSEN.....	76
<i>ra ethyl rubbing alcohol</i>	69	<i>ra pain reliever ex st</i>	47	RECOMBIVAX HB.....	34
<i>ra eye allergy relief</i>	115	<i>ra pain relieving</i>	247	<i>reeses pinworm medicine</i>	53
<i>ra fast relief laxative</i>	104	<i>ra pediatric electrolyte</i>	183	REFRESH.....	119
<i>ra fever reducer/pain reliever</i>	47	<i>ra prenatal</i>	222	REFRESH CELLUVISC.....	119
<i>ra folic acid</i>	222	<i>ra prenatal formula</i>	222	REFRESH DIGITAL.....	119
<i>ra foot care (terbinafine)</i>	238	<i>ra sinus wash nasal relief</i>	132	REFRESH DIGITAL PF.....	119
<i>ra foot care (tolnaftate)</i>	238	<i>ra sinus wash neti pot</i>	132	REFRESH LIQUIGEL.....	119
<i>ra gas relief</i>	96	<i>ra sinus/congestion relief</i>	146	REFRESH OPTIVE.....	119
<i>ra gas relief extra strength</i>	96	<i>ra sinus/congestion relief pe</i>	146	REFRESH OPTIVE ADVANCED.....	119
<i>ra gas relief ultra strength</i>	96	<i>ra slow release iron</i>	114	REFRESH OPTIVE ADVANCED	
RA HI CAL.....	189	<i>ra stomach relief</i>	92	PF.....	119
<i>ra high potency iron</i>	114	<i>ra stool softener</i>	105	REFRESH OPTIVE MEGA-3.....	119
<i>ra ibuprofen</i>	37	<i>ra suphedrine</i>	146	REFRESH OPTIVE PF.....	119
<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>	147	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>	114	<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>	147	REFRESH TEARS.....	119
<i>ra jock itch max st</i>	238	<i>ra tussin cough</i>	147	REFRESH TEARS PF.....	119
<i>ra laxative</i>	104	<i>ra tussin cough dm sugar free</i>	147	<i>regular nutritional shake</i>	179
<i>ra lice maximum strength</i>	241	<i>ra tussin cough/chest dm max</i>	147	REGULOID.....	105
<i>ra lice solution</i>	241	<i>ra tussin dm</i>	147	REHYDRALYTE.....	183
<i>ra lice treatment</i>	241	<i>ra vitamin a</i>	222	<i>relcare</i>	223
<i>ra lidocaine pain relieving</i>	247	<i>ra vitamin b-1</i>	222	RELENZA DISKHALER.....	55
<i>ra lorata-d</i>	146	<i>ra vitamin b12</i>	222	RELGAABI.....	152
<i>ra loratadine</i>	127	<i>ra vitamin b-12</i>	222	RE-LIEVED MAXIMUM	
<i>ra lubricant eye</i>	119	<i>ra vitamin b-12 tr</i>	222	STRENGTH.....	247
<i>ra lubricant eye drops</i>	119	<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.....	80
<i>ra menstrual relief</i>	47	<i>ra vitamin c cr</i>	222	RELION KETONE TEST.....	84
<i>ra menthol nasal inhaler</i>	146	<i>ra vitamin c drops</i>	222	RELISTOR.....	96
<i>ra miconazole 3 combo pack</i>	108	<i>ra vitamin c1acerola</i>	222	REMICADE.....	29
<i>ra miconazole 3 combo pack app</i> ..	108	<i>ra vitamin c/rose hips</i>	222	RENAL.....	223
<i>ra miconazole 7</i>	108	<i>ra vitamin d-3</i>	223	<i>renal vitamin</i>	223
<i>ra micro-filtered sinus wash</i>	132	<i>ra vitamin e</i>	223	RENALCAL.....	179
<i>ra milk of magnesia</i>	104	<i>ra vitamin e natural</i>	223	RENAPLEX.....	223
<i>ra mineral oil</i>	105	<i>ra vitamins complete childrens</i>	223	RENAPLEX-D.....	223
<i>ra mini nicotine</i>	166	<i>ra womens laxative</i>	105	RENASTART.....	179
<i>ra mucus relief</i>	146	<i>ra zinc</i>	190	RENASTEP.....	179
<i>ra mucus relief dm</i>	146	<i>ra zinc oxide</i>	247	<i>rena-vite</i>	223
<i>ra mucus relief max st</i>	146	RABAVERT.....	34	<i>rena-vite rx</i>	223
<i>ra multihealth fiber</i>	105	<i>rabeprazole sodium</i>	97	RENFLEXIS.....	29
<i>ra nasal decongestant pe</i>	146	RADIANCE PLATINUM VITAMIN		<i>reno caps</i>	223
<i>ra natural magnesium</i>	190	D3.....	223	<i>repaglinide</i>	81
<i>ra natural vitamin e</i>	222	RALDESY.....	157	REPATHA.....	61
<i>ra niacin</i>	222	<i>raloxifene hcl</i>	83	REPATHA SURECLICK.....	61
<i>ra nicotine</i>	166	<i>ramelteon</i>	162	REPLETE.....	179
<i>ra nicotine gum</i>	166	<i>ramipril</i>	66	REPLETE FIBER.....	179
<i>ra nicotine polacrilex</i>	166	<i>ranolazine er</i>	65	REPLETE FIBER 1 CAL.....	179
<i>ra no flush niacin</i>	222	<i>rasagiline mesylate</i>	154	RESOURCE 2.0.....	179
<i>ra nose drops extra strength</i>	146	RE/NEPH.....	179	RESTA.....	247
<i>ra one daily maximum</i>	222	RE/NEPH LP/HC.....	179	RESTASIS.....	119
<i>ra one daily mens 50+ w/vit d3</i>	222	RE/NEPH REDUCED SUGAR.....	179	RESTASIS MULTIDOSE.....	119
<i>ra one daily mens multi</i>	222	REALITY LATEX CONDOMS.....	76	RESTORA RX.....	92
<i>ra one daily mens/vit d-3</i>	222	REALITY LATEX/ULTRA		<i>restore fusion renal support</i>	179
<i>ra p col-rite</i>	105	TEXTURED.....	76	<i>restore renal support</i>	179
<i>ra pain relief acetaminophen</i>	47	REALITY LATEX/ULTRA THIN.....	76	RETAINC CMC.....	119

RETAIN VISION.....	223	ropinirole hcl.....	154	sb glycerin pediatric.....	105
RETEVMO.....	24	rosuvastatin calcium.....	60	sb ibuprofen.....	37
REVCovi.....	84	ROSYRAH.....	76	sb infants ibuprofen.....	37
REVUFORJ.....	24	ROTARIX.....	34	sb laxative.....	105
REXULTI.....	160	ROTATEQ.....	34	sb lice killing max st.....	241
REYATAZ.....	49	ROWEEPRA.....	152	sb lice treatment.....	241
REZDIFFRA.....	84	ROZLYTREK.....	24	sb loratadine.....	127
REZLIDHIA.....	24	RUBRACA.....	24	sb loratadine allergy relief.....	127
REZUROCK.....	32	rufinamide.....	152, 153	sb low dose asa ec.....	47
RHOPRESSA.....	115	RUKOBIA.....	49	sb milk of magnesia.....	105
ribavirin.....	55	RYBELSUS.....	81	sb nasal spray no-drip.....	148
RID LICE KILLING SHAMPOO.....	241	RYDAPT.....	24	sb natural fiber laxative.....	105
rifabutin.....	49	rydex g.....	147	sb non-aspirin.....	47
rifampin.....	49	rynex pse.....	147	sb non-aspirin extra strength.....	47
rifapentine.....	49	sa3 derm.....	69	sb oyster shell calcium.....	190
right step prenatal.....	223	sacubitril-valsartan.....	63	sb pain reliever childrens.....	47
rilpivirine hcl.....	49	SAFETUSSIN DM COUGH/CHEST		sb pain reliever ex st.....	47
riluzole.....	162	CONG.....	147	sb pediatric electrolyte.....	183
rimantadine hcl.....	55	SAJAZIR.....	110	sb polyethylene glycol 3350.....	105
RINVOQ.....	29	saline.....	132	sb povidone-iodine.....	248
RINVOQ LQ.....	29	SALONPAS PAIN RELIEVING.....	248	sb senna-lax.....	105
RISABAL-PH.....	247	salt durable cream.....	69	sb sinus relief.....	148
risedronate sodium.....	87	SALT STABLE LS ADVANCED.....	69	sb stool softener.....	105
risperidone.....	160, 161	SALTSTABLE LO.....	69	sb triple antibiotic.....	235
risperidone microspheres er.....	160	SANTYL.....	234	sb vitamin c.....	223
RITEFLO.....	132	sapropterin dihydrochloride.....	84	SCANDICAL.....	179
ritonavir.....	49	sb 12hr nasal spray.....	147	SCANDISHAKE.....	179
rivaroxaban.....	110	sb allergy.....	127	scar care.....	69
rivastigmine.....	156	sb allergy medicine.....	127	SCEMBLIX.....	24
rivastigmine tartrate.....	156	sb allergy relief.....	127	scopolamine.....	93
RIVELSA.....	76	sb allergy relief/nasal decong.....	147	scot-tussin expectorant.....	148
rizatriptan benzoate.....	163	sb antacid.....	90	SCOT-TUSSIN SENIOR.....	148
robafen cf multi-symptom cold.....	147	sb antacid anti-gas.....	90	SCRUB CARE POVIDONE-	
ROBAFEN DM.....	147	sb anti-diarrhea.....	92	IODINE.....	248
ROBAFEN DM CGH/CHEST		sb anti-fungal.....	239	SECUADO.....	161
CONGEST.....	147	sb anti-gas.....	96	SECURA ANTIFUNGAL EXTRA	
ROBAFEN DM COUGH.....	147	sb arthritis pain relief.....	47	THICK.....	239
ROBAFEN MUCUS/CHEST		sb aspirin.....	47	selegiline hcl.....	154
CONGESTION.....	147	sb aspirin ec.....	47	selenious acid.....	191
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH..	147	sb bacitracin.....	235	selenium sulfide.....	239
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH		sb bisacodyl laxative ec.....	105	SELZENTRY.....	49
CHILD.....	147	sb bismuth.....	92	se-natal 19.....	223
ROBITUSSIN CHILD		sb calcium + d.....	190	senexon-s.....	105
COUGH/COLD CF.....	147	sb cetirizine hcl childrens.....	127	senior tabs.....	223
ROBITUSSIN COUGH & CHEST		sb childrens aspirin.....	47	senna.....	105
ADULT.....	147	sb chlorpheniramine.....	127	senna laxative.....	105
ROBITUSSIN COUGH & CHEST		sb clotrimazole foot.....	239	senna plus.....	105
CHILD.....	147	sb complete nutrition.....	179	senna s.....	105
ROBITUSSIN COUGH+CHEST		sb complete nutrition plus.....	179	SENNA SMOOTH.....	105
CONG DM.....	147	sb cough control.....	147	senna-docusate sodium.....	105
ROBITUSSIN HONEY		sb cough control cf.....	147	senna-lax.....	105
CGH/CHEST DM.....	147	sb cough tab.....	148	senna-plus.....	105
ROBITUSSIN LONG-ACT		sb docusate sodium.....	105	senna-s.....	105
COUGHGELS.....	147	sb docusate sodium/senna.....	105	senna-tabs.....	105
ROBITUSSIN PEAK COLD MULTI-		sb fib lax orange.....	105	senna-time.....	105
SYM.....	147	sb fiber laxative.....	105	senna-time s.....	105
ROCKLATAN.....	115	sb gas relief.....	96	sennazon.....	105
roflumilast.....	132	sb gentle lax-women.....	105	sennosides.....	106
ROMVIMZA.....	24	sb glycerin adult.....	105	sennosides-docusate sodium.....	106

SENOKOT	106	<i>sm loratadine</i>	127	SRONYX	76
SENOKOT EXTRA STRENGTH	106	<i>sm nicotine</i>	166	SSD	235
SENOKOT KIDS GUMMIES	106	<i>sm nicotine polacrilex</i>	166	ST JOSEPH ASPIRIN	47
SENOKOT LAXATIVE GUMMIES ..	106	<i>sm pediatric electrolyte</i>	183	ST JOSEPH LOW DOSE	47
SENOKOT S	106	<i>sm petroleum jelly</i>	69	STELARA	30
<i>sentry</i>	223	<i>sm tussin cough/chest congest</i>	148	<i>sterile water for irrigation</i>	234
<i>sentry senior</i>	223	<i>sm vitamin d3</i>	223	<i>stevia extract</i>	69
<i>sentry senior mens 50+</i>	223	SMARTY PANTS KIDS		<i>stimulant laxative</i>	106
<i>sentry senior/lutein</i>	223	COMPLETE	223	STIVARGA	24
SERACAL	179	SMOOTH LAX	106	<i>stomach relief</i>	93
SEREVENT DISKUS	129	<i>sod phos mono-sod phos dibasic</i> ..	106	<i>stomach relief extra strength</i>	93
<i>sertraline hcl</i>	157	<i>sodium bicarbonate</i>	90	<i>stomach relief plus</i>	93
<i>se-tan plus</i>	114	<i>sodium chloride</i>	148, 182, 234	<i>stomach relief ultra</i>	93
SETLAKIN	76	<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	119	<i>stool softener</i>	106
<i>sf</i>	233	<i>sodium fluoride</i>	182, 190, 233	<i>stool softener laxative</i>	106
<i>sf 5000 plus</i>	233	<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	233	<i>stool softener plus laxative</i>	106
SHAROBEL	76	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	233	<i>stool softener/laxative</i>	106
SHINGRIX	34	<i>sodium oxybate</i>	163	<i>stop lice complete treatment</i>	241
SIGNIFOR	84	<i>sodium phenylbutyrate</i>	84	<i>streptomycin sulfate</i>	53
SIKLOS	110	<i>sodium phosphates</i>	190	<i>stress b complex/antioxid/zinc</i>	224
<i>sildenafil citrate</i>	65	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	71	<i>stress b complex/iron</i>	224
<i>silprotex plus</i>	69	<i>sol carb</i>	179	<i>stress formula</i>	224
<i>siltussin sa</i>	148	<i>solifenacin succinate</i>	107	<i>stress formula (folic acid)</i>	224
<i>silver sulfadiazine</i>	235	SOLIQUA	80	<i>stress formula/iron</i>	224
SIMBRINZA	115	<i>solo</i>	223	<i>stress formula/zinc/energy</i>	224
<i>simeped</i>	96	SOLTAMOX	19	STRESSTABS ADVANCED	224
<i>simethicone</i>	96	SOLU-CORTEF	86	STRESSTABS ENERGY	224
<i>simethicone drops infants</i>	96	SOLUVITA ACD WITH FLUORIDE	223	STRIBILD	50
<i>simethicone extra strength</i>	96	SOLUVITA WITH FLUORIDE	223	STROVITE ONE	224
<i>simethicone ultra strength</i>	96	SOMATULINE DEPOT	84	STUART ONE	224
SIMLIYA	76	SOMAVERT	84	STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN ..	248
SIMPESE	76	SOOTHE	92	STYE	120
<i>simvastatin</i>	60	SOOTHE HYDRATION	119	SUBVENITE	153
SINUCLEANSE NETI POT	132	SOOTHE MAXIMUM STRENGTH	92	<i>sucralfate</i>	96
SINUCLEANSE REFILL	132	SOOTHE XP	119	SUDAFED	148
SINUGATOR NASAL WASH	132	SOOTHE XP XTRA PROTECTION		SUDAFED 12 HOUR	148
<i>sinus nasal spray</i>	148		120	SUDAFED PE SINUS	
<i>sinus relief</i>	148	<i>sorafenib tosylate</i>	24	CONGESTION	148
<i>sinus relief extra strength</i>	148	SORBUGEN NR	148	SUDAFED SINUS CONGESTION ..	148
<i>sinus relief mist</i>	148	<i>sorbutuss nr</i>	148	SUDAFED SINUS CONGESTION	
<i>sinus wash squeeze bottle</i>	132	<i>sotalol hcl</i>	60	12HR	148
<i>sirolimus</i>	32	<i>sotalol hcl (af)</i>	60	SUDAFED SINUS CONGESTION	
SIRTURO	49	SOTYKTU	30	24HR	148
<i>sitagliptin phos-metformin hcl</i>	81	<i>span c</i>	223	SUDOGEST	148
<i>sitagliptin phosphate</i>	81	SPATONE PUR-ABSORB IRON ...	114	SUDOGEST MAXIMUM	
<i>skin hair & nails advanced</i>	223	<i>special care</i>	248	STRENGTH	148
SKYRIZI	29, 30	SPECTRAVITE	223	SUDOGEST PE	148
SKYRIZI PEN	29	SPEEDY SWAB COVID-19		<i>sulfacetamide sodium</i>	116
<i>skyy dermat</i>	69	ANTIGEN	53	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	233
SLO-NIACIN	223	SPIRIVA RESPIMAT	121	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	116
SLOW FE	114	<i>spironolactone</i>	59	<i>sulfadiazine</i>	53
<i>slow iron</i>	114	<i>spironolactone-hctz</i>	64	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	54
<i>slow release iron</i>	114	SPONGEBOB SQUAREPANTS		SULFAMYLON	236
SLOW-MAG	190	GUMMIES	224	<i>sulfasalazine</i>	97
SLOWMAG MG MUSCLE/HEART ..	190	SPRINTEC 28	76	<i>sulindac</i>	37
<i>sm allergy relief</i>	127	SPRITAM	153, 164	<i>sumatriptan</i>	163
<i>sm aspirin ec</i>	47	SPS (SODIUM POLYSTYRENE		<i>sumatriptan succinate</i>	163
<i>sm ear drops</i>	249	SULF)	71	<i>sunitinib malate</i>	24
<i>sm ibuprofen ib</i>	37	<i>squeeze bottle sinus wash</i>	132	SUNKIST VITAMIN C	224

SUNLENCA.....	49	TAB-A-VITE/IRON/BETA		THERA-D 4000.....	225
<i>super antioxidant</i>	224	CAROTENE.....	225	THERA-D RAPID REPLETION.....	225
<i>super antioxidants protector</i>	224	TABLOID.....	27	THERAGRAN-M.....	225
<i>super aytinal</i>	224	TABRECTA.....	24	THERAGRAN-M ADVANCED.....	225
<i>super aytinal 50 plus</i>	224	<i>tacrolimus</i>	33, 248	THERAGRAN-M ADVANCED 50	
<i>super b complex/fal/vit c</i>	224	<i>tacrolimus er</i>	32	PLUS.....	225
<i>super b complex/vitamin c</i>	224	<i>tadalafil</i>	109	THERAGRAN-M PREMIER.....	225
<i>super b-complex</i>	224	<i>tadalafil (pah)</i>	65	THERAGRAN-M PREMIER 50	
<i>super b-complex + vitamin c</i>	224	TAFINLAR.....	24, 25	PLUS.....	225
<i>super b-complex/vit c/fa</i>	224	TAGRISSO.....	25	<i>thera-m plus mv w/beta-carot</i>	225
<i>super biotin</i>	224	TALZENNA.....	25	THERAMILL FORTE.....	225
<i>super calcium</i>	190	<i>tamoxifen citrate</i>	19	THERANATAL CORE NUTRITION.....	225
<i>super daily d3</i>	224	<i>tamsulosin hcl</i>	109	THERANATAL LACTATION ONE.....	225
SUPER DEC B-100.....	224	TANDEM.....	114	<i>therapeutic formula/hematinics</i>	225
<i>super d-zinc-selenium-copper</i>	224	TANDEM PLUS.....	114	<i>therapeutic moisturizing</i>	248
SUPER QUINTS B-50.....	224	TARINA 24 FE.....	76	<i>therapeutic-m</i>	225
<i>super thera vite m</i>	224	TARINA FE 1/20 EQ.....	76	<i>thera-tabs</i>	225
<i>super vita-mins</i>	224	<i>tasimelteon</i>	162	<i>thera-tabs m</i>	225
<i>superior mens multi</i>	224	TAVNEOS.....	110	THERATEARS.....	120
<i>superior womens multi</i>	224	<i>tazarotene</i>	239	THERATEARS EXTRA.....	120
<i>suphedrine 12hour</i>	148	TAZICEF.....	56, 57	THERATEARS NIGHTTIME.....	120
SUPLENA.....	179	TECENTRIQ.....	25	THERATRUM COMPLETE.....	225
SUPLENA 1.8/CARBSTEADY.....	179	TECENTRIQ HYBREZA.....	25	THERATRUM COMPLETE 50	
SUPLENA/CARB STEADY.....	179	<i>teeny tummy gas relief drops</i>	96	PLUS.....	225
<i>support</i>	224	TEFLARO.....	57	<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, 226
<i>supress-dx pediatric</i>	148	<i>telmisartan-hctz</i>	63	<i>thiamine mononitrate</i>	226
SURFAK.....	106	<i>temazepam</i>	162	THICK-IT THICKENED	
<i>sv b12</i>	224	TENIVAC.....	34	CRANBERRY.....	179
<i>sv b12 extra strength</i>	224	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	49	<i>thioridazine hcl</i>	161
<i>sv iron</i>	114	<i>teo-tus</i>	148	<i>thiothixene</i>	161
<i>sv magnesium</i>	190	TEPMETKO.....	25	<i>thrivacin 30</i>	179
<i>sv melatonin</i>	179	<i>terazosin hcl</i>	59	<i>thrivacin detox</i>	179
<i>sv vitamin b-12 er</i>	225	<i>terbinafine hcl</i>	51, 239	THRIVE.....	166
<i>sv vitamin d3</i>	225	<i>terbutaline sulfate</i>	129	THRIVE FOR LIFE WOMENS.....	226
SWEET CHEEKS.....	70	<i>terconazole</i>	108	<i>thrivite rx</i>	226
SYEDA.....	76	<i>teriparatide</i>	87	TIADYLT ER.....	62
SYMDEKO.....	133	<i>teroderm</i>	69	<i>tiagabine hcl</i>	153
SYMPAZAN.....	153	<i>teroderm-plus</i>	69	TIBSOVO.....	25
SYMITUZA.....	50	<i>testosterone</i>	71	<i>ticagrelor</i>	114
SYNAREL.....	84	<i>testosterone cypionate</i>	71	TICOVAC.....	34
SYNDROS.....	94	<i>testosterone enanthate</i>	71	<i>tigecycline</i>	59
<i>synertropin</i>	225	<i>tetrabenazine</i>	162	TILIA FE.....	76
SYNTHROID.....	70	<i>tetracycline hcl</i>	59	<i>timolol maleate</i>	61, 115
SYRSPEND SF.....	69	THALOMID.....	28	TINACTIN.....	239
SYSTANE.....	120	THE MAGIC BULLET.....	106	TINEACIDE.....	239
SYSTANE BALANCE.....	120	<i>theophylline</i>	133	<i>tinidazole</i>	54
SYSTANE COMPLETE.....	120	<i>theophylline er</i>	133	TIVICAY.....	49
SYSTANE CONTACTS.....	120	THERA.....	225	TIVICAY PD.....	49
SYSTANE HYDRATION PF.....	120	<i>thera vital m</i>	225	<i>tizanidine hcl</i>	155
SYSTANE ICAPS AREDS2.....	225	<i>thera vital-m</i>	225	<i>tm-daily vite</i>	226
SYSTANE PRESERVATIVE FREE		<i>therabasic-m</i>	225	<i>tm-vite rx</i>	226
.....	120	THERACAL D2000.....	190	TOBI PODHALER.....	54
SYSTANE ULTRA.....	120	THERACAL D4000.....	190	TOBRADEX.....	116
SYSTANE ULTRA PF.....	120	THERACAL RAPID REPLETION.....	190	<i>tobramycin</i>	54, 116
TAB-A-VITE.....	225	<i>theracare lidocaine max str</i>	248	<i>tobramycin sulfate</i>	54
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE.....	225	<i>theracare pain relief</i>	248	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	116
TAB-A-VITE/IRON.....	225	THERA-D 2000.....	225	<i>toco-sorb</i>	226

<i>tofacitinib citrate</i>	30	TRINATE.....	226	TRUSTEX LUBRICATED EX	
<i>tofacitinib citrate er</i>	30	TRINTELLIX.....	157	LARGE.....	77
<i>tolnaftate</i>	239	<i>triphrocaps</i>	226	TRUSTEX LUBRICATED EXTRA	
<i>tolnaftate antifungal</i>	239	<i>triple antibiotic</i>	236	ST.....	77
<i>tolterodine tartrate</i>	107	<i>triple antibiotic pain relief</i>	236	TRUSTEX	
<i>tolterodine tartrate er</i>	107	<i>triple antibiotic plus</i>	236	LUBRICATED/SPERMICIDE.....	77
<i>tolvaptan</i>	84	<i>triple antibiotic plus max st</i>	236	TRUSTEX NATURAL CONDOMS	
<i>topiramate</i>	153	TRIPLE PASTE AF.....	239	+ LUBE.....	77
<i>toremifene citrate</i>	19	TRISPEC PSE.....	148	TRUSTEX NON-LUBRICATED.....	77
TORPENZ.....	25	TRI-SPRINTEC.....	77	TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE..	77
<i>torsemide</i>	64	TRITOLNACIDE C.....	239	TRUSTEX RIA LUBRICATED.....	77
<i>total allergy</i>	127	TRIUMEQ.....	50	TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	77
TOTAL ALLERGY MEDICINE.....	127	<i>triumeq pd</i>	50	TRUSTEX-NONOXYNOL-	
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	80	TRI-VI-SOL A/C/D.....	226	9/RIB/STUD.....	77
TOUJEO SOLOSTAR.....	80	<i>tri-vite pediatric</i>	226	TRUXIMA.....	25
TPN ELECTROLYTES.....	182	<i>tri-vite/fluoride</i>	226	TUKYSA.....	25
TRADJENTA.....	81	TRI-VYLIBRA.....	77	TUMS.....	90
TRALEMENT.....	191	TRI-VYLIBRA LO.....	77	TUMS LASTING EFFECTS.....	90
<i>tramadol hcl</i>	39	TROGARZO.....	49	TURALIO.....	25
<i>tramadol-acetaminophen</i>	39	TROJAN ENZ.....	77	TURQOZ.....	77
<i>trandolapril</i>	66	TROJAN MAGNUM.....	77	TUSICOF.....	148
<i>tranexamic acid</i>	110	TROJAN ULTRA RIBBED		TUSNEL.....	149
<i>tranylcypromine sulfate</i>	157	LUBRICATED.....	77	<i>tusnel diabetic</i>	148
TRAVASOL.....	191	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.....	149
TRELEGY ELLIPTA.....	129	TROJAN-ENZ LUBRICATED.....	77	TUSNEL-EX.....	149
TREMFYA.....	30	TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL.....	77	<i>tussin cf cough & cold</i>	149
TREMFYA ONE-PRESS.....	30	TROPHAMINE.....	191	<i>tussin cough</i>	149
TREMFYA PEN.....	30	<i>tropical liquid nutrition</i>	226	<i>tussin dm</i>	149
TREMFYA-CD/UC INDUCTION.....	30	<i>tropium chloride</i>	107	<i>tussin dm cough & chest</i>	149
<i>treprostinil</i>	65	TRUCLEAR STEVIA PLUS.....	69	<i>tussin dm cough & chest conges</i> ...	149
<i>tretinoin</i>	27, 233	<i>true cover</i>	77	<i>tussin dm cough + chest</i>	149
TRI SUPER FLAVONS.....	226	<i>true daily vite</i>	226	<i>tussin dm max</i>	149
<i>triamcinolone acetonide</i>	233, 240, 241	<i>true ferrous sulfate</i>	114	<i>tussin mucus & chest congest</i>	149
<i>triamterene-hctz</i>	64	<i>true folic acid</i>	226	<i>tussin mucus+chest congest sf</i>	149
<i>tri-buffered aspirin</i>	47	<i>true laxative</i>	106	<i>tussin mucus+chest congestion</i>	149
TRICON.....	114	<i>true magnesium oxide</i>	190	TUSSI-PRES.....	149
TRIDACAINE III.....	234	<i>true oyster shell calcium</i>	190	TUSSI-PRES PEDIATRIC.....	149
TRIDERM.....	241	<i>true vitamin a</i>	226	TUSSLIN.....	149
<i>trientine hcl</i>	71	<i>true vitamin b1</i>	226	TUSSLIN PEDIATRIC.....	149
TRI-ESTARYLLA.....	76	<i>true vitamin b12</i>	226	<i>t-vites</i>	226
<i>trifluoperazine hcl</i>	161	<i>true vitamin b3</i>	226	TWINRIX.....	34
<i>trifluridine</i>	116	<i>true vitamin b6</i>	226	TWOCAL HN.....	179
<i>trigels-f forte</i>	114	<i>true vitamin c</i>	226	TWOCAL HN 2.0.....	179
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	154	<i>true vitamin d3</i>	226	TYBOST.....	49
TRIJARDY XR.....	81	<i>true vitamin e</i>	226	TYDEMY.....	77
TRIKAFTA.....	133	<i>truelyte</i>	183	TYENNE.....	30
TRI-LEGEST FE.....	76	TRULICITY.....	81	TYLACTIN RESTORE 10.....	179
TRI-LINYAH.....	76	TRUMENBA.....	34	TYLACTIN RTD 15.....	179
TRI-LO-ESTARYLLA.....	76	TRUQAP.....	25	TYLENOL.....	48
TRI-LO-MARZIA.....	76	TRUSTEX COLOR CONDOMS +		TYLENOL 8 HOUR.....	47
TRI-LO-MILI.....	76	LUBE.....	77	TYLENOL 8 HOUR ARTHRITIS	
TRI-LO-SPRINTEC.....	77	TRUSTEX		PAIN.....	47
TRIMAZOLE.....	239	LUB/RIBBED/STUDED.....	77	TYLENOL CHILDRENS.....	47
<i>trimethoprim</i>	54	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX		TYLENOL CHILDRENS	
TRI-MILI.....	77	ST.....	77	CHEWABLES.....	47
<i>trimipramine maleate</i>	157	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL...	77	TYLENOL CHILDRENS PAIN +	
<i>trinatal rx 1</i>	226	TRUSTEX LUBRICATED.....	77	FEVER.....	47

TYLENOL EXTRA STRENGTH.....	48	VALTOCO 20 MG DOSE.....	153	vigabatrin.....	153
TYLENOL FOR CHILDREN +		VALTOCO 5 MG DOSE.....	153	VIGADRONE.....	153
ADULTS.....	48	VALTYA 1/35.....	77	VIGAFYDE.....	153
TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER.....	48	VALTYA 1/50.....	77	VILACTIN AA PLUS.....	180
TYMLOS.....	87	VANACOF DM.....	149	vilazodone hcl.....	158
TYPHIM VI.....	34, 35	VANATAB DM.....	149	VIMKUNYA.....	35
TYR ANAMIX EARLY YEARS.....	179	vancomycin hcl.....	54	vincristine sulfate.....	28
TYR ANAMIX NEXT.....	179	vancomycin hcl in nacl.....	54	vinorelbine tartrate.....	28
TYR COOLER.....	179	VANFLYTA.....	25	viorele.....	77
TYR LOPHLEX LQ.....	179	VANIBASE.....	69	VIRACEPT.....	49
TYREX-1.....	179	VANICREAM.....	248	VIREAD.....	49
TYREX-2.....	179	vanishing.....	69	VISINE.....	115
TYROS 1.....	180	vanishing cream botanical base.....	69	vision formula 2.....	227
TYROS 2.....	180	vanish-pen.....	69	vision formulallutein.....	227
U-BASE.....	69	VAQTA.....	35	vision health.....	227
UBRELVY.....	163	varenicline tartrate.....	166	VISION OPTIMIZER.....	227
UCD 2.....	180	varenicline tartrate (starter).....	166	vision plus.....	227
UCD ANAMIX JUNIOR.....	180	varenicline tartrate(continue).....	166	vision vitamins.....	227
ucd trio.....	180	VARIVAX.....	35	VISTA ADVANCED AREDS2	
UDAMIN SP.....	226	VASCEPA.....	61	FORMULA.....	227
UDDERLY SMOOTH.....	248	VASELINE.....	69	VISTA ADVANCED DRY EYE	
UDDERLY SMOOTH EXTRA		VASELINE PURE ULTRA WHITE.....	69	FORMULA.....	227
CARE.....	248	VASOFLEX.....	227	vit e-vit c-beta carotene.....	227
UDDERLY SMOOTH EXTRA		vasoflex hd.....	227	vita c/bioflavonoids/rose hips.....	227
CARE 20.....	248	VAXCHORA.....	35	vita hair.....	227
ULTRA BONEUP.....	226	v-c forte.....	227	VITA S FORTE.....	227
ultra calcium + vitamin d3.....	190	VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE.....	109	vitabasic complete.....	227
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN		vegetable lax+stool softener.....	106	vitabasic senior.....	227
KIDS.....	226	VELIVET.....	77	vitabex.....	227
ultra freeda.....	226	VELSIPITY.....	30	vitabex plus.....	227
ultra freedaliron.....	226	VELVACHOL.....	248	VITACEL.....	227
ULTRA FRESH.....	120	VENCLEXTA.....	25	vitachew adult multi vitamin.....	227
ultra lido.....	248	VENCLEXTA STARTING PACK.....	25	vitachew multiple vitamin.....	227
ultra lubricating eye drops.....	120	venlafaxine hcl.....	158	vitachew vit c citrus burst.....	227
ultra lubricating eye drops pf.....	120	venlafaxine hcl er.....	157	VITACORE.....	227
ultra multi formulaliron.....	226	VENOFER.....	114	VITAFOL-OB.....	227
ULTRACHOICE ADV FORMULA		VENTOLIN HFA.....	129	VITAFUSION MULTI WOMENS.....	227
MATURE.....	226	VEPPANU.....	19	VITAJoy DAILY C GUMMIES.....	227
ULTRACHOICE ADVANCED		verapamil hcl.....	62	VITAJoy MULTI GUMMIES	
FORMULA.....	227	verapamil hcl er.....	62	ADULT.....	227
ultramino soy protein.....	180	VERQUVO.....	65	VITAL 1.0 CAL.....	180
ULTRIENT 1.5 SAFE-T FEED.....	180	VERSACLOZ.....	161	VITAL 1.5 CAL.....	180
UNITHROID.....	70	VERSAPRO.....	69	VITAL AF 1.2 CAL.....	180
UPSPRING BABY VIT D.....	227	versatile cream base.....	69	VITAL AF 1.2 CAL ADV FORMULA	
UPTRAVI.....	65	VERSATILE RICH BASE.....	69	.....	180
UPTRAVI TITRATION.....	65	VERSIGEL.....	69	VITAL HP 1.0 CAL.....	180
URO-PAIN DUAL ACTION.....	54	VERZENIO.....	25	VITAL JR.....	180
ursodiol.....	96	VESTURA.....	77	VITAL PEPTIDE 1.5 CAL.....	180
ustekinumab.....	30	VIC-FORTE.....	227	vitalara.....	227
VAGISTAT-3.....	108	VICKS DAYQUIL MUCUS		VITAL-D RX.....	227
valacyclovir hcl.....	55	CONTROL DM.....	149	vitalee.....	228
VALCHLOR.....	248	VICKS SINEX 12 HOUR		VITALETS CHILDRENS.....	228
valganciclovir hcl.....	55	DECONGEST.....	149	vita-min.....	230
valproate sodium.....	164	VICKS SINEX MOISTURIZING.....	149	vitamin a.....	228
valproic acid.....	153	VICKS SINEX SEVERE.....	149	VITAMIN A FISH.....	228
valsartan.....	59	VICKS SINEX SEVERE		vitamin a/c/d/ infant/toddler.....	228
valsartan-hydrochlorothiazide.....	63	DECONGEST.....	149	vitamin a-c-d infant.....	228
VALTOCO 10 MG DOSE.....	153	VICKS VAPOINHALER.....	149	vitamin b 12.....	228
VALTOCO 15 MG DOSE.....	153	VIENVA.....	77	vitamin b complex.....	228

vitamin b complex w/b-12.....	228	VITEYES CLASSIC ADVANCED..	230	WAL-TUSSIN CHEST	
vitamin b1.....	228	VITEYES CLASSIC MACULAR		CONGESTION.....	150
vitamin b-1.....	228	SUPPOR.....	230	WAL-TUSSIN COUGH.....	150
vitamin b12.....	228	VITEYES CLASSIC		WAL-TUSSIN COUGH LONG	
vitamin b-12.....	228	MULTIVITAMIN.....	230	ACTING.....	150
vitamin b-12 er.....	228	VITEYES CLASSIC+OMEGA-3.....	230	WAL-TUSSIN DM CGH/CHEST	
vitamin b12 tr.....	228	VITEYES COMPLETE.....	230	CONG.....	150
vitamin b12-folic acid.....	228	VITEYES OPTIC NERVE		WAL-VERT.....	128
vitamin b6.....	228	SUPPORT.....	230	WAL-ZYR.....	128
vitamin b-6.....	228	VITRAKVI.....	25	WAL-ZYR ALL DAY ALLERGY	
vitamin b-6 er.....	228	VITRON-C.....	114	CHILD.....	128
vitamin c.....	228, 229	vivimusta.....	18	WAL-ZYR ALLERGY CHILDRENS	128
vitamin c adult gummies.....	228	VIVITROL.....	166	WAL-ZYR CHILDRENS.....	128
vitamin c drops.....	228	VIVONEX PEDIATRIC.....	180	WAL-ZYR D.....	150
vitamin c er.....	228	VIVONEX RTF.....	180	warfarin sodium.....	110
vitamin c gummie.....	228	VIVOTIF.....	35	WE CARE ENEMA.....	106
vitamin c gummies.....	228	VIZIMPRO.....	25	we care zinc oxide.....	248
vitamin c immune health.....	228	VONJO.....	25	wee care.....	114
vitamin c plus wild rose hips.....	229	VOQUEZNA DUAL PAK.....	96	WEEKLY-D.....	231
vitamin c/bioflavonoids/rosehp.....	229	VOQUEZNA TRIPLE PAK.....	96	WELIREG.....	27
vitamin c/natural rose hips.....	229	VORANIGO.....	25	well magnesium oxide.....	190
vitamin c/rose hips.....	229	voriconazole.....	51	well vitamin c.....	231
vitamin c/rose hips tr.....	229	VORTEX VALVE CHAMBER-PEDI		well vitamin d3.....	231
vitamin c-acerola.....	229	MASK.....	133	WELMATE LIDOCAINE PAIN	
vitamin c-rose hips.....	229	VORTEX VALVED HOLDING		RELIEV.....	248
vitamin c-rose hips er.....	229	CHAMBER.....	133	WERA.....	78
vitamin c-rose hips tr.....	229	VOSEVI.....	55	wescaps.....	231
vitamin d.....	229	VOWST.....	96	westab max.....	231
vitamin d (cholecalciferol).....	229	vp dermabase.....	69	westab one.....	231
vitamin d (ergocalciferol).....	229	VRAYLAR.....	161	westab plus.....	182
vitamin d high potency.....	229	VYFEMLA.....	77	white petrolatum.....	69
vitamin d infant.....	229	VYLIBRA.....	78	white petroleum jelly.....	69
VITAMIN D-1000 MAX ST.....	229	VYNDAMAX.....	65	WINREVAIR.....	65
vitamin d3.....	229, 230	VYZULTA.....	115	WIXELA INHUB.....	130
vitamin d-3.....	229	WAL-BORN VITAMIN C.....	230	WND 1.....	180
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH.....	229	WAL-DRYL.....	248	WND 2.....	180
vitamin d3 maximum strength.....	229	WAL-DRYL ALLERGY.....	127	womans laxative.....	106
vitamin d3 super strength.....	230	WAL-DRYL ALLERGY		womens 50+ advanced.....	231
vitamin d3 ultra strength.....	230	CHILDRENS.....	127	womens 50+ multi vitamin.....	231
vitamin e.....	230	WAL-FEX.....	128	womens daily formula.....	231
vitamin e blend.....	230	WAL-FEX ALLERGY.....	96, 127, 128	womens laxative.....	106
vitamin e high potency.....	230	WAL-FINATE.....	128	WOMENS LIFE PACK.....	231
vitamin e water soluble.....	230	WAL-ITIN.....	128	womens multi.....	231
vitamin e with panthenol.....	248	WAL-ITIN ALLERGY CHILDRENS	128	womens multi gummies.....	231
vitamin e/d-alpha.....	230	WAL-ITIN ALLERGY REDITABS.....	128	womens multivitamin.....	231
vitamin k (phytonadione).....	230	WAL-ITIN ALLER-MELTS.....	128	womens multivitamin + collagen.....	231
vitamin k1.....	230	WAL-ITIN CHILDRENS.....	128	womens multivitamin gummies.....	231
vitamin-b complex.....	230	WAL-ITIN D.....	149	wound care.....	69
vitamins acd-fluoride.....	230	WAL-ITIN D 24 HOUR.....	149	WYMZYA FE.....	78
vitamins a-d-e/selenium.....	230	WAL-MUCIL.....	106	WYOST.....	87
vitamins for hair.....	230	WAL-PHED 12 HOUR.....	149	XALKORI.....	25
VITAROCA PLUS.....	230	WAL-PHED D.....	150	XARAH FE.....	78
VITASANA.....	230	WAL-PHED PE.....	150	XARELTO.....	110
VITATHELY WITH GINGER.....	230	WAL-PROFEN.....	37	XARELTO STARTER PACK.....	110
VITEYES AREDS 2 FORMULA.....	230	wal-sporin.....	236	XATMEP.....	31
VITEYES AREDS 2 FORMULA		WAL-TAP CHILDRENS.....	37	XCEL 100.....	69
+COQ10.....	230	wal-tap cold/allergy.....	150	xcellent a 3000.....	231
VITEYES AREDS 2 FORMULA		wal-tussin.....	150	xcellent a 7500.....	231
+MULTI.....	230	WAL-TUSSIN CF MAX.....	150	XCELLENT E.....	231

XCOPRI.....	153	YUMVS ZERO DIABETIC		ZYRTEC-D ALLERGY & SINUS....	150
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ..	153	MULTIVITAM.....	231		
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ..	153	YUMVSKIDS MULTI ZERO	231		
XDEMVEY.....	116	YUTREPIA.....	65		
XELJANZ.....	30	YUVAFEM.....	85		
XELJANZ XR.....	30	ZAFEMY.....	78		
XELRIA FE.....	78	<i>zafirlukast</i>	134		
XEMATOP BASE.....	69	<i>zaleplon</i>	162, 163		
XENICAL.....	86	<i>zalvit</i>	231		
XERAC AC.....	248	ZARBEES SLEEP			
XERMELO.....	96	CHILD/MELATONIN.....	69		
XHANCE.....	133	ZARXIO.....	111		
XIFAXAN.....	96	ZEASORB-AF.....	239		
XIGDUO XR.....	81	ZEGALOGUE.....	70		
XIIDRA.....	120	ZEJULA.....	26		
XLEU MAXAMAID.....	180	ZELBORAF.....	26		
XLYS-XTRP MAXAMAID.....	180	ZELVYSIA.....	84		
XLYS-XTRP MAXAMUM.....	180	ZEMAIRA.....	133		
XMET MAXAMAID.....	180	ZENATANE.....	234		
XMET XCYS MAXAMAID.....	180	ZENPEP.....	97		
XMTVI MAXAMAID.....	180	ZEPHREX-D.....	150		
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	55	ZERVIAE.....	115		
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	55	<i>zidovudine</i>	49		
XOLAIR.....	133	ZILACTIN BABY.....	233		
XOSPATA.....	25	<i>zinc</i>	190		
XPHE MAXAMAID.....	180	ZINC 15.....	190		
XPHE-XTYR MAXAMAID.....	180	<i>zinc chelated</i>	190		
XPOVIO (100 MG ONCE		<i>zinc chloride</i>	191		
WEEKLY).....	26	<i>zinc gluconate</i>	190		
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ..	26	<i>zinc oxide</i>	248		
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ..	26	<i>zinc sulfate</i>	190		
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ..	26	<i>ziphex</i>	231		
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ..	26	<i>ziprasidone hcl</i>	161		
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ..	26	<i>ziprasidone mesylate</i>	161		
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ..	26	ZIRABEV.....	26		
XTANDI.....	19	ZIRGAN.....	116		
XTRACAL PLUS.....	180	<i>zoledronic acid</i>	87		
XTRENBO.....	87	ZOLINZA.....	26		
XULANE.....	78	<i>zolpidem tartrate</i>	163		
XULTOPHY.....	80	ZONISADE.....	153		
XYZAL ALLERGY 24HR.....	128	<i>zonisamide</i>	153		
YELETS TEENAGE FORMULA....	231	ZOO FRIENDS MULTI GUMMIES	231		
YESINTEK.....	31	ZOO FRIENDS/EXTRA C.....	232		
YF-VAX.....	35	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF			
<i>yl balanced b-100</i>	231	.....	248		
<i>yl coenzyme q10</i>	180	ZOVIA 1/35 (28).....	78		
<i>yl folic acid</i>	231	ZTALMY.....	153		
<i>yl vitamin b-6</i>	231	ZUMANDIMINE.....	78		
<i>yl vitamin c</i>	231	ZURZUVAE.....	158		
<i>yl vitamin c-rose hips</i>	231	ZYDELIG.....	26		
YONSA.....	19	ZYKADIA.....	26		
YOUR LIFE MULTI ADULT		ZYLET.....	116		
GUMMIES.....	231	ZYNCOF.....	150		
YULITHIRA.....	26	ZYPREXA RELPREVV.....	161		
YUM-VS COMPLETE		ZYRTEC.....	128		
MULTIVITAMIN.....	231	ZYRTEC ALLERGY.....	128		
YUMVS MULTI ZERO.....	231	ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY .	128		
YUMVS VITAMIN C ZERO.....	231	ZYRTEC-D ALLERGY &			
		CONGESTION.....	150		

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 **28/9/2026**. 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: **9/28/2026**



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.