



Neighborhood INTEGRITY (plan de Medicare-Medicaid) 2022 Formulario: Lista de medicamentos cubiertos

Si tiene preguntas, comuníquese con Neighborhood INTEGRITY, llamando al 1-844-812-6896, de 8a.m. a 8p.m. y los sábados de 8a.m. a 8p.m. Los sábados por la tarde, los domingos y los días festivos es posible que se le solicite que deje un mensaje. Se le devolverá la llamada el próximo día hábil. La llamada es gratuita. TTY: 711. Para obtener más información, visite www.nhpri.org/INTEGRITY. No hemos realizado cambios a este formulario desde el 05/10/2021.

Neighborhood INTEGRITY| Lista de Medicamentos Recetados 2022 (Formulario)

Introducción

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

Índice

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

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

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	11
B12. ¿Cuánto demora obtener una excepción?	11
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	11
B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?	11
B15. ¿Neighborhood INTEGRITY cubre productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?	12
Neighborhood INTEGRITY cubre algunos productos de venta libre (OTC) cuando su proveedor se los receta.	12
B16. ¿Cuál es mi copago?.....	12
B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	12
C. Breve resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	12
C1. Medicamentos agrupados por condición médica	13
D. Índice de medicamentos cubiertos	137

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

A. Renuncias de garantías

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

- ❖ Usted siempre puede consultar la Lista de medicamentos cubiertos actualizada de Neighborhood INTEGRITY en línea en www.nhpri.org/INTEGRITY.
- ❖ Neighborhood INTEGRITY es un plan de salud que posee un contrato tanto con Medicare como con Medicaid de Rhode Island para brindar beneficios de ambos programas a los inscritos.
- ❖ ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Services at 1-844-812-6896, 8 am to 8 pm, Monday - Friday; 8 am to 12 pm on Saturday. On Saturday afternoons, Sundays and holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. TTY users should call 711. The call is free.
- ❖ ATENCIÓN: Si usted habla Español, servicios de asistencia con el idioma, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame a Servicios a los Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, de 8 am a 12 pm los Sábados. En las tardes de los Sábados, domingos y feriados, se le pedirá que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- ❖ ATENÇÃO: Se você fala Português, o idioma, os serviços de assistência gratuita, estão disponíveis para você. Os serviços de chamada em 1-844-812-6896 TTY (711), 8 am a 8 pm, de segunda a sexta-feira; 8 am a 12 pm no sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, você pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no próximo dia útil. A ligação é gratuita.
- ❖ សូមយកចិត្តទុកដាក់ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ មានសេវាកម្មជំនួយផ្លូវការណា
ដោយមិនគិតឡើង សម្រាប់អ្នក។ សូមទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896
(TTY 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ថ្ងៃចន្ទ - សូក ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 12
យប់នៅថ្ងៃសែរ។ នៅរៀងរាល់រស់លេខ ថ្ងៃសែរ ថ្ងៃអាទិត្យ និងថ្ងៃយប់សម្រាក
អ្នកអាចចូរចាន់ត្រូវបានធ្វើសុំឱ្យទុកសារ។
ការហេរបស់អ្នកនឹងចូរចាន់តែហេត្រឡប់មកវិញត្រូវថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។
ការទូរសព្ទគឺតែគឺជាដំឡើង។
- ❖ Puede obtener este documento gratis en otros formatos, por ejemplo, letras grandes, Braille o audio. Comuníquese con el Servicio de atención a los miembros llamando al 1-844-812-6896, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. La llamada es gratuita.
- ❖ Puede solicitar este documento y los materiales que se publiquen en el futuro en su idioma de preferencia y/o en un formato alternativo, comunicándose con el Servicio de

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

atención a los miembros. Esto se denomina “solicitud vigente”. El Servicio de atención a los miembros registrará su solicitud vigente en el expediente de miembro para que pueda recibir materiales ahora y en el futuro en su idioma y/o formato de preferencia. Puede modificar o cancelar su solicitud vigente en cualquier momento comunicándose con el Servicio de atención a los miembros.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

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

Los medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos* que comienza en la página **15** son los medicamentos cubiertos por Neighborhood INTEGRITY. Estos medicamentos se pueden adquirir en las farmacias de nuestra red. Una farmacia pertenece a nuestra red cuando tenemos un contrato con el establecimiento para que trabaje con nosotros y les provea servicios a los miembros. Nos referiremos a estos establecimientos como “farmacias de la red”.

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

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

B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?

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

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

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

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

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

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

- aparezca en el mercado un nuevo medicamento más económico que funciona igual de bien que un medicamento que está actualmente en la Lista de medicamentos, o
- nos enteremos de que el medicamento no es seguro, o
- el medicamento sea retirado del mercado.

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

- Usted siempre puede consultar la Lista actualizada de medicamentos de Neighborhood INTEGRITY en línea en www.nhpri.org/INTEGRITY.
- También puede llamar al Servicio de atención a los miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711) para consultar la Lista de medicamentos vigente.

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

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

- **Aparición de un nuevo medicamento genérico.** A veces, aparece en el mercado un nuevo medicamento que funciona igual de bien que un medicamento de marca que está incluido en la Lista de medicamentos. Si eso sucede, es posible que eliminemos el medicamento de marca e incorporemos el nuevo medicamento genérico, pero el costo que usted pagará por el nuevo medicamento será el mismo. Cuando incorporemos el nuevo medicamento genérico, también es posible que decidamos conservar el medicamento de marca en la lista pero modifiquemos sus reglas o límites de cobertura.

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

- Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez que lo hayamos realizado.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos límites. Le enviaremos una notificación con los pasos a seguir para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, lea la pregunta B10.
- **Un medicamento es retirado del mercado.** Si la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) considera que algún medicamento que usted está tomando no es seguro o el fabricante de un medicamento decide retirarlo del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando dicho medicamento, recibirá una notificación. Le enviaremos una carta donde le aconsejaremos cómo proceder con su proveedor y su farmacéutico.

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

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

- la FDA proporciona nuevas pautas o se publican nuevas directrices clínicas sobre un medicamento,
- Incorporamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado **y**
 - Reemplazamos un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de medicamentos **o**
 - Modificamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios:

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

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

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

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

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

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

Usted puede averiguar si su medicamento tiene algún otro requisito o límite consultando las tablas que figuran en las páginas **15-136**. También puede obtener información adicional visitando nuestro sitio web, www.nhpri.org/INTEGRITY. Hemos publicado documentos en línea en los cuales se explican nuestras restricciones en virtud de la autorización previa y el tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le envíemos una copia.

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

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

La tabla de medicamentos de la página **15** incluye una columna rotulada “Necessary actions, restrictions, or limits on use” (“Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”).

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

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

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

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

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

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

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

Para buscar **por orden alfabético**, diríjase a la sección Índice de medicamentos cubiertos. Puede encontrarla en la página **137**.

Para buscar **por enfermedad**, busque la sección denominada “Drugs Grouped by Medical Condition” (“Medicamentos agrupados por enfermedad”) en la página **15**. En esta sección, los medicamentos están agrupados en categorías según el tipo de enfermedad para la que se utilizan. Por ejemplo, si usted tiene una enfermedad del corazón, debe buscar en la categoría Cardiovascular. Allí encontrará los medicamentos para tratar las enfermedades del corazón.

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

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

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

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

Nosotros podemos ayudar. Podemos cubrir un suministro temporal para 30 días de su medicamento de la Parte D o un suministro para 90 días de su medicamento cubierto por Rhode

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

Island Medicaid durante los primeros 90 días que usted sea Miembro de Neighborhood INTEGRITY. Esto le dará tiempo de hablar con su médico o con el profesional que le receta el medicamento. El médico le ayudará a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar o si debe pedir una excepción.

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

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

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

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

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

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

Las transiciones del Nivel de atención también se admiten en el caso de los miembros que fueron internados en una institución de atención a largo plazo durante los últimos 30 días. Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesita (a menos que tenga una receta para menos días o que la receta esté redactada para un medicamento de marca), independientemente de si es un miembro nuevo de Neighborhood INTEGRITY.

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

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

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

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

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

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

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

B12. ¿Cuánto demora obtener una excepción?

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

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

Neighborhood INTEGRITY cubre medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?

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

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

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

B15. ¿Neighborhood INTEGRITY cubre productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?

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

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

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

B16. ¿Cuál es mi copago?

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

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

Los niveles son grupos de medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos.

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

Ninguno de los niveles tiene copagos.

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

La *Lista de medicamentos cubiertos* le proporciona información sobre los medicamentos que cubre Neighborhood INTEGRITY. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 137. En el índice encontrará una lista de todos los medicamentos cubiertos por Neighborhood INTEGRITY en orden alfabético.

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

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

- Además, si está recibiendo Ayuda Adicional para pagar por sus recetas, no recibirá Ayuda Adicional para pagar estos medicamentos. Para obtener más información sobre Ayuda Adicional, consulte el recuadro que aparece a continuación.

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

- Estos medicamentos también tienen diferentes reglas para las apelaciones. Una apelación es un recurso formal para pedir una revisión de la decisión de cobertura y modificarla si cree que hemos cometido un error. Por ejemplo, nosotros podríamos decidir que un medicamento que usted quiere no está cubierto o ha dejado de estar cubierto por Medicare o Rhode Island Medicaid.
- Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. Para pedir instrucciones sobre la forma de apelar, comuníquese con el Servicio de atención a los miembros llamando al 1-844-812-6896 (TTY 711). También puede leer el Capítulo 9 del *Manual del miembro* para saber cómo apelar una decisión.

C1. Medicamentos agrupados por condición médica

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

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

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

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

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

B/D = Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare. Según las circunstancias, es posible que se solicite una autorización previa (aprobación). Quizás resulte

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

necesario presentar información en la cual se describa por qué y dónde (en qué entorno) utiliza este medicamento.

DP = Este medicamento no corresponde a la Parte D.

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

LA = Acceso limitado. Este medicamento solo está disponible a través de ciertas farmacias especializadas.

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

Lista de Medicamentos Agrupados por Condición Médica

Fecha Efectiva: 1/1/2022

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
Agentes Alquilantes		
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml, 450 mg/45ml, 50 mg/5ml, 600 mg/60ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/5ml, 500 mg/2.5ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 2	B/D
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0, Nivel 2	
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml, 200 mg/40ml, 50 mg/10ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
PARAPLATIN INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/100ML	\$0, Nivel 1	B/D
Agentes Antineoplásicos Hormonales		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	\$0, Nivel 2	NDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fulvestrant intramuscular solution 250 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	\$0, Nivel 1	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nivel 2	NDS
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>nileutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	\$0, Nivel 2	NDS
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 3.75 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
Agentes Moleculares Dirigidos		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 2 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (150 per 30 days); NDS
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 3 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>bortezomib intravenous solution reconstituted 3.5 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
erlotinib hcl oral tablet 25 mg	\$0, Nivel 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
everolimus oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
GILOTrif ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
imatinib mesylate oral tablet 100 mg	\$0, Nivel 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
imatinib mesylate oral tablet 400 mg	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
IMBRUvICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
IMBRUvICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
IMBRUvICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (21 per 28 days); NDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (42 per 28 days); NDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (63 per 28 days); NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg	\$0, Nivel 2	PA; NDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (3 per 28 days); NDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 60-60-2000 MG-MG-U/ML, 80-40-2000 MG-MG-U/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400-23400 MG -UT/11.7ML, 1600-26800 MG - UT/13.4ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 & 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
UKONIQ ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
VELCADE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (112 per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (112 per 28 days); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (42 per 28 days); NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (56 per 28 days); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 60 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Agentes Protectores		
<i>leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0, Nivel 2	NDS
Antibióticos		
ADRIAMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	\$0, Nivel 1	B/D
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>epirubicin hcl intravenous solution 200 mg/100ml, 50 mg/25ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
Antimetabolitos		
ALIMTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 500 MG	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0, Nivel 1	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	\$0, Nivel 2	NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nivel 2	
Diversos		
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (70 per 28 days); NDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (91 per 28 days); NDS
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (49 per 28 days); NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0, Nivel 2	LA; NDS
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
Inhibidores Mitóticos		
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>etoposide intravenous solution 100 mg/5ml, 500 mg/25ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
TOPOSAR INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/50ML, 100 MG/5ML	\$0, Nivel 1	B/D
<i>vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
Inmunomoduladores		
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (21 per 21 days); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 3 MG, 4 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (28 per 28 days); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (28 per 28 days); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoinmunes		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (16 per 28 days); NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (6 per 28 days); NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (4 per 28 days); NDS
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (2 per 28 days); NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (6 per 28 days); NDS
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (7 per 365 days); NDS
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (7 per 365 days); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (7 per 365 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (1 per 28 days); NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (0.5 per 28 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (1 per 28 days); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (3 per 28 days); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (3 per 28 days); NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (240 per 24 days); NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
Fármacos Antirreumáticos Modificadores De La Enfermedad (Farme)		
hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg	\$0, Nivel 1	
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
methotrexate oral tablet 2.5 mg	\$0, Nivel 1	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0, Nivel 2	B/D
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 5 GM/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0, Nivel 2	B/D
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	\$0, Nivel 2	PA; NDS
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 25 GM/500ML, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
Inmunomoduladores		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT	\$0, Nivel 2	B/D
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 50000000 UNIT	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
Inmunosupresores		
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
<i>cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0, Nivel 1	B/D
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, Nivel 1	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0, Nivel 2	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, Nivel 2	B/D
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
ZORTRESS ORAL TABLET 1 MG	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
Vacunas		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0, Nivel 2	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	\$0, Nivel 2	
<i>bcg vaccine injection injectable</i>	\$0, Nivel 2	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0, Nivel 2	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 , 5-2.5-18.5 (0.5ML SYRINGE)	\$0, Nivel 2	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	\$0, Nivel 2	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 Ifu/0.5ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	\$0, Nivel 2	B/D
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nivel 2	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0, Nivel 2	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	\$0, Nivel 2	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	\$0, Nivel 2	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE 2.5 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	B/D
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	\$0, Nivel 2	
IPOL INJECTION INJECTABLE	\$0, Nivel 2	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nivel 2	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION , INJECTION 0.5 ML	\$0, Nivel 2	
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0, Nivel 2	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0, Nivel 2	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0, Nivel 2	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	\$0, Nivel 2	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nivel 2	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0, Nivel 2	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nivel 2	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nivel 2	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nivel 2	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nivel 2	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 10 MCG/ML (1ML SYRINGE), 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0, Nivel 2	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nivel 2	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0, Nivel 2	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	\$0, Nivel 2	QL (2 per 999 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	\$0, Nivel 2	B/D
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU	\$0, Nivel 2	B/D
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0, Nivel 2	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	\$0, Nivel 2	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML, 25 MCG/0.5ML (0.5ML SYRINGE)	\$0, Nivel 2	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0, Nivel 2	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	\$0, Nivel 2	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE	\$0, Nivel 2	
ANALGÉSICOS		
Aine		
celecoxib oral capsule 100 mg	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
celecoxib oral capsule 200 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
celecoxib oral capsule 400 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
celecoxib oral capsule 50 mg	\$0, Nivel 1	QL (240 per 30 days)
childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg	\$0, Nivel 1	
diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
diflunisal oral tablet 500 mg	\$0, Nivel 1	
ec-naproxen oral tablet delayed release 375 mg	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg	\$0, Nivel 1	
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg	\$0, Nivel 1	
etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg	\$0, Nivel 1	
flurbiprofen oral tablet 100 mg	\$0, Nivel 1	
gnp childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
gnp ibuprofen infants suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml	\$0, Nivel 3	DP
gnp ibuprofen junior strength tablet chewable 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
goodsense ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
goodsense ibuprofen infants suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml	\$0, Nivel 3	DP
hm ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
hm ibuprofen ib tablet chewable 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm ibuprofen infants suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml	\$0, Nivel 3	DP
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0, Nivel 1	
ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
ibuprofen infants drops suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml	\$0, Nivel 3	DP
ibuprofen junior strength tablet chewable 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	\$0, Nivel 1	
infants ibuprofen suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml	\$0, Nivel 3	DP
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	\$0, Nivel 1	
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg	\$0, Nivel 1	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg	\$0, Nivel 1	
naproxen oral tablet delayed release 375 mg	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
naproxen oral tablet delayed release 500 mg	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg	\$0, Nivel 1	
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
qc childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sm childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sm ibuprofen ib tablet chewable 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm infants ibuprofen suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml	\$0, Nivel 3	DP
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg	\$0, Nivel 1	
Analgésicos Opioides, De Acción Prolongada		
buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr	\$0, Nivel 1	PA; QL (4 per 28 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr	\$0, Nivel 1	PA; QL (10 per 30 days)
hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg, 80 mg	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (30 per 30 days)
HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml	\$0, Nivel 1	PA; QL (450 per 30 days)
methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days)
Analgésicos Opioides, De Acción Rápida		
acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg	\$0, Nivel 1	QL (360 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml	\$0, Nivel 1	QL (2700 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg	\$0, Nivel 1	QL (400 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml	\$0, Nivel 2	
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG	\$0, Nivel 1	QL (360 per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG	\$0, Nivel 1	QL (240 per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	\$0, Nivel 2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg	\$0, Nivel 1	PA; QL (120 per 30 days)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml	\$0, Nivel 1	QL (2700 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	\$0, Nivel 1	QL (240 per 30 days)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg	\$0, Nivel 1	QL (150 per 30 days)
hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml	\$0, Nivel 1	QL (600 per 30 days)
hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
morphine sulfate (pf) injection solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 5 mg/ml, 8 mg/ml	\$0, Nivel 2	B/D
morphine sulfate (pf) intravenous solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml	\$0, Nivel 2	B/D
morphine sulfate intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml	\$0, Nivel 2	B/D
morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml	\$0, Nivel 1	QL (900 per 30 days)
morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml	\$0, Nivel 2	
oxycodone hcl oral capsule 5 mg	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml	\$0, Nivel 1	QL (900 per 30 days)
oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	\$0, Nivel 1	QL (360 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	\$0, Nivel 1	QL (240 per 30 days)
tramadol hcl oral tablet 50 mg	\$0, Nivel 1	QL (240 per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	\$0, Nivel 1	QL (240 per 30 days)
Diversos		
8 hour arthritis pain reliever tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
8 hr arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
8hr muscle aches & pain tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen childrens solution 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
acetaminophen childrens tablet chewable 160 mg oral 160 mg	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen er tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen extra strength tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen suppository 120 mg rectal 120 mg	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen suppository 650 mg rectal 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen tablet chewable 160 mg oral 160 mg	\$0, Nivel 3	DP
arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
arthritis pain reliever tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
aspirin ec tablet delayed release 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
aspirin suppository 600 mg rectal 600 mg	\$0, Nivel 3	DP
aspirin tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
aspirin tablet delayed release 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE TABLET DELAYED RELEASE 81 MG ORAL 81 MG	\$0, Nivel 3	DP
childrens silapap liquid 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
ed-apap liquid 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
FEVERALL ADULTS SUPPOSITORY 650 MG RECTAL 650 MG	\$0, Nivel 3	DP
FEVERALL CHILDRENS SUPPOSITORY 120 MG RECTAL 120 MG	\$0, Nivel 3	DP
FEVERALL INFANTS SUPPOSITORY 80 MG RECTAL 80 MG	\$0, Nivel 3	DP
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPPOSITORY 325 MG RECTAL 325 MG	\$0, Nivel 3	DP
grp 8 hour arthritis relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
grp 8 hour pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
grp 8 hour pain reliever tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
grp acetaminophen ex st tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
grp acetaminophen tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
gnp acetaminophen tablet chewable 160 mg oral 160 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp aspirin tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp aspirin tablet delayed release 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp infants pain/fever suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
gnp pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
gnp pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
gnp pain relief extra strength tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp pain relief tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
goodsense arthritis pain tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
goodsense aspirin tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
goodsense pain & fever child suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
goodsense pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
goodsense pain relief extra st tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
goodsense pain relief tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm acetaminophen childrens tablet chewable 160 mg oral 160 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm adult aspirin tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm aspirin ec tablet delayed release 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm aspirin tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
hm pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
hm pain relief extra strength tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm pain reliever tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
liquid acetaminophen liquid 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
mapap arthritis pain tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
mapap capsule 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
MAPAP CHILDRENS TABLET CHEWABLE 160 MG ORAL 160 MG	\$0, Nivel 3	DP
MAPAP CHILDRENS TABLET CHEWABLE 80 MG ORAL 80 MG	\$0, Nivel 3	DP
m-pap liquid 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
pain relief extra strength tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
pain relief regular strength tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
PHARBETOL EXTRA STRENGTH TABLET 500 MG ORAL 500 MG	\$0, Nivel 3	DP
PHARBETOL TABLET 325 MG ORAL 325 MG	\$0, Nivel 3	DP
qc arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
qc aspirin tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
qc enteric aspirin tablet delayed release 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
qc non-aspirin childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
qc non-aspirin extra strength tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
qc pain relief childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
qc pain relief extra strength tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
qc pain relief tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm 8 hour pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm aspirin ec tablet delayed release 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm aspirin tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sm pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm pain relief tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm pain reliever ex st tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm pain reliever tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tri-buffered aspirin tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG</i>	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
ANESTÉSICOS		
Anestésicos Locales		
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	\$0, Nivel 1	B/D
ANTIINFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>EDURANT ORAL TABLET 25 MG</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML</i>	\$0, Nivel 2	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>INTELENCE ORAL TABLET 25 MG</i>	\$0, Nivel 2	
<i>INVIRASE ORAL TABLET 500 MG</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG</i>	\$0, Nivel 2	
<i>ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG</i>	\$0, Nivel 2	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0, Nivel 2	
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 400 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$0, Nivel 2	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	\$0, Nivel 2	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0, Nivel 2	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0, Nivel 2	QL (400 per 30 days); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nivel 2	QL (240 per 30 days); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0, Nivel 2	QL (480 per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days); NDS
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	\$0, Nivel 2	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nivel 1	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0, Nivel 2	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0, Nivel 2	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 75 MG	\$0, Nivel 2	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nivel 2	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nivel 2	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0, Nivel 2	
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0, Nivel 2	LA; NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nivel 2	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0, Nivel 2	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0, Nivel 2	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0, Nivel 2	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Agentes Antituberculosos		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
PASER ORAL PACKET 4 GM	\$0, Nivel 2	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nivel 2	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nivel 2	
Agentes Combinados Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG	\$0, Nivel 2	NDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0, Nivel 2	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	\$0, Nivel 2	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0, Nivel 2	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG	\$0, Nivel 2	NDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0, Nivel 2	NDS
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days); NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0, Nivel 2	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0, Nivel 2	NDS
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0, Nivel 2	NDS
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0, Nivel 2	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	\$0, Nivel 2	NDS
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0, Nivel 2	NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0, Nivel 2	NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	\$0, Nivel 2	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0, Nivel 2	NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0, Nivel 2	B/D
AMBIOSOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (630 per 30 days); NDS
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	\$0, Nivel 1	
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (93 per 30 days); NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 365 days)
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (480 per 30 days)
Antiinfectivos, Varios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nivel 1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0, Nivel 2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0, Nivel 2	QL (12 per 365 days); NDS
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%</i>	\$0, Nivel 1	
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	\$0, Nivel 1	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 2	QL (1800 per 30 days); NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>metronidazole in nacl intravenous solution 5-0.79 mg/ml-%</i>	\$0, Nivel 1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	QL (6 per 30 days); NDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>reeses pinworm medicine suspension 144 (50 base) mg/ml oral 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0, Nivel 2	NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 2	NDS
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0, Nivel 1	
SYNERCID INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150-350 MG	\$0, Nivel 2	NDS
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	\$0, Nivel 2	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (80 per 180 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (160 per 180 days)
Antimalariales		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0, Nivel 2	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral 26.3 (15 base) mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral 26.3 (15 base) mg</i>	\$0, Nivel 2	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA
Antivirales		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0, Nivel 2	NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nivel 1	
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	\$0, Nivel 2	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nivel 1	
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (168 per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (84 per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	QL (1080 per 365 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML, 180 MCG/ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (28 per 28 days); NDS
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER	\$0, Nivel 2	QL (120 per 365 days)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	\$0, Nivel 1	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	\$0, Nivel 2	QL (2 per 180 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	\$0, Nivel 2	QL (1 per 180 days)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Cefalosporinas		
cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg	\$0, Nivel 2	
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0, Nivel 1	
cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
cefadroxil oral capsule 500 mg	\$0, Nivel 1	
cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg	\$0, Nivel 1	
cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm	\$0, Nivel 1	
cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gml/50ml-%, 2-4 gml/100ml-%	\$0, Nivel 2	
cefdinir oral capsule 300 mg	\$0, Nivel 1	
cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	\$0, Nivel 1	
cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
cefoxitin sodium injection solution reconstituted 10 gm	\$0, Nivel 1	
cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm	\$0, Nivel 1	
cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg	\$0, Nivel 1	
cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0, Nivel 1	
ceftazidime and dextrose intravenous solution reconstituted 1-5 gm-%(50ml), 2-5 gm-%(50ml)	\$0, Nivel 2	
ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 6 gm	\$0, Nivel 1	
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg	\$0, Nivel 1	
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm	\$0, Nivel 1	
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0, Nivel 1	
cefuroxime sodium injection solution reconstituted 7.5 gm, 750 mg	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	\$0, Nivel 1	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM	\$0, Nivel 1	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0, Nivel 2	NDS
Eritromicinas/Macrolidas		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	\$0, Nivel 2	NDS
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 2	NDS
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG	\$0, Nivel 1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	\$0, Nivel 2	NDS
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nivel 1	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>erythromycin base oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Fluoroquinolonas		
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%)	\$0, Nivel 2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml	\$0, Nivel 1	
levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml	\$0, Nivel 1	
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml	\$0, Nivel 1	
levofloxacin oral solution 25 mg/ml	\$0, Nivel 1	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	\$0, Nivel 1	
moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg	\$0, Nivel 1	
Penicilinas		
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0, Nivel 1	
amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	\$0, Nivel 1	
amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg	\$0, Nivel 1	
amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg	\$0, Nivel 1	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg	\$0, Nivel 1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg	\$0, Nivel 1	
ampicillin oral capsule 500 mg	\$0, Nivel 1	
ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg	\$0, Nivel 1	
ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm	\$0, Nivel 1	
ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm	\$0, Nivel 1	
ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm	\$0, Nivel 1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0, Nivel 1	
nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	\$0, Nivel 1	
nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm	\$0, Nivel 1	
nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm	\$0, Nivel 2	NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	\$0, Nivel 1	
oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm	\$0, Nivel 1	
penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml	\$0, Nivel 2	
penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit	\$0, Nivel 1	
penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml	\$0, Nivel 2	
penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit	\$0, Nivel 1	
penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0, Nivel 1	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 5000000 UNIT	\$0, Nivel 1	
piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm	\$0, Nivel 1	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nivel 1	
doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg	\$0, Nivel 1	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	\$0, Nivel 1	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	\$0, Nivel 1	
minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	\$0, Nivel 1	
MONDOXYNE NL ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nivel 1	
tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0, Nivel 1	PA
tigecycline solution reconstituted 50 mg intravenous 50 mg	\$0, Nivel 1	
tigecycline solution reconstituted 50 mg intravenous 50 mg	\$0, Nivel 2	NDS
CARDIOVASCULAR		
Alfabloqueantes		
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0, Nivel 1	
prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	
Antagonistas Del Receptor De Aldosterona		
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
Antagonistas Del Receptor De Angiotensina Ii		
candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
candesartan cilexetil oral tablet 32 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
valsartan oral tablet 320 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
Antiarrítmicos		
amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml	\$0, Nivel 1	
amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0, Nivel 1	
disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg	\$0, Nivel 2	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	\$0, Nivel 1	
flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0, Nivel 2	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG	\$0, Nivel 2	
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	\$0, Nivel 1	
propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg	\$0, Nivel 1	
propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	\$0, Nivel 1	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	\$0, Nivel 1	
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG	\$0, Nivel 1	
sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	\$0, Nivel 1	
sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	\$0, Nivel 1	
Antilipémicos, Fibratos		
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg	\$0, Nivel 1	
fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg	\$0, Nivel 1	
gemfibrozil oral tablet 600 mg	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
Antilipémicos, Varios		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	\$0, Nivel 1	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0, Nivel 1	
PREVALITE ORAL POWDER 4 GM/DOSE	\$0, Nivel 1	
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0, Nivel 2	
Betabloqueadores		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
BYSTOLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Bloqueadores De Los Canales De Calcio		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG</i>	\$0, Nivel 1	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML</i>	\$0, Nivel 2	NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	\$0, Nivel 1	
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	\$0, Nivel 1	
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0, Nivel 1	
verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0, Nivel 1	
verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml	\$0, Nivel 1	
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 1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	\$0, Nivel 1	
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg	\$0, Nivel 1	
Combinaciones De Antagonistas Del Receptor De Angiotensina II		
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0, Nivel 2	
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	\$0, Nivel 1	
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
telmisartan-amldipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
Combinaciones De Inhibidores De Eca		
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg	\$0, Nivel 1	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg	\$0, Nivel 1	
fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg	\$0, Nivel 1	
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	\$0, Nivel 1	
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	\$0, Nivel 1	
Diuréticos		
acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg	\$0, Nivel 1	
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	\$0, Nivel 1	
amiloride hcl oral tablet 5 mg	\$0, Nivel 1	
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg	\$0, Nivel 1	
bumetanide injection solution 0.25 mg/ml	\$0, Nivel 1	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0, Nivel 1	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
furosemide injection solution 10 mg/ml, 10 mg/ml (4ml syringe)	\$0, Nivel 1	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml	\$0, Nivel 1	
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, Nivel 1	
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	
spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg	\$0, Nivel 1	
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	
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	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Diversos		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML	\$0, Nivel 2	
aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg	\$0, Nivel 1	
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, Nivel 1	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0, Nivel 2	
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0, Nivel 2	
DIGITEK ORAL TABLET 125 MCG, 250 MCG	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
DIGOX ORAL TABLET 125 MCG, 250 MCG	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
digoxin injection solution 0.25 mg/ml	\$0, Nivel 1	
digoxin oral solution 0.05 mg/ml	\$0, Nivel 1	
digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
droxidopa oral capsule 100 mg	\$0, Nivel 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	\$0, Nivel 2	PA; QL (180 per 30 days); NDS
guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0, Nivel 2	PA
hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml	\$0, Nivel 1	
hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0, Nivel 2	PA
metyrosine oral capsule 250 mg	\$0, Nivel 2	PA; NDS
midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	\$0, Nivel 1	
ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg	\$0, Nivel 1	
Hipertensión Arterial Pulmonar		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
bosentan oral tablet 125 mg	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
bosentan oral tablet 62.5 mg	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
Inhibidores De Ace		
benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	
fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0, Nivel 1	
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	
moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg	\$0, Nivel 1	
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0, Nivel 1	
quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	\$0, Nivel 1	
Nitratos		
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	
isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg	\$0, Nivel 1	
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0, Nivel 1	
MINITRAN TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR	\$0, Nivel 1	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0, Nivel 2	
nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	\$0, Nivel 1	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	\$0, Nivel 1	
nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray	\$0, Nivel 1	
DIVERSOS		
Diversos		
gnp petroleum jelly gel	\$0, Nivel 3	DP
grape flavor liquid (otc)	\$0, Nivel 3	DP
hm petroleum jelly gel	\$0, Nivel 3	DP
melatonin liquid 1 mg/ml oral 1 mg/ml	\$0, Nivel 3	DP
ORA-PLUS LIQUID ORAL (OTC)	\$0, Nivel 3	DP
petrolatum gel	\$0, Nivel 3	DP
polyethylene glycol 3350 powder (otc)	\$0, Nivel 3	DP
ENDOCRINO Y METABÓLICO		
Agentes Aglutinantes De Fosfato		
calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg	\$0, Nivel 1	QL (360 per 30 days)
calcium acetate oral tablet 667 mg	\$0, Nivel 1	QL (360 per 30 days)
sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm	\$0, Nivel 2	QL (540 per 30 days); NDS
sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	\$0, Nivel 1	QL (540 per 30 days)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Agentes Antitiroideos		
EUTHYROX 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	
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nivel 1	
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	\$0, Nivel 1	
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nivel 1	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nivel 2	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nivel 1	
Agentes Elevadores De Glucosa		
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	NDS
GVOKE HYPOOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0, Nivel 2	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0, Nivel 2	
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nivel 2	
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	\$0, Nivel 2	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	\$0, Nivel 1	
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0, Nivel 1	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	\$0, Nivel 2	PA
Analógicos De Vitamina D		
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	\$0, Nivel 1	B/D
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	\$0, Nivel 1	B/D
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg	\$0, Nivel 1	B/D
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	\$0, Nivel 2	NDS
Andrógenos		
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24HR, 4 MG/24HR	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
oxandrolone oral tablet 10 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (60 per 30 days)
oxandrolone oral tablet 2.5 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (120 per 30 days)
testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)	\$0, Nivel 1	PA
testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml	\$0, Nivel 1	PA
testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)	\$0, Nivel 1	PA; QL (300 per 30 days)
Anticonceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0, Nivel 1	
alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg	\$0, Nivel 1	
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0, Nivel 1	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0, Nivel 1	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nivel 1	
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
AYUNA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nivel 1	
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
BEKYREE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nivel 1	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nivel 1	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
brielllyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg	\$0, Nivel 1	
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0, Nivel 1	
CAMRESE ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0, Nivel 1	
CAZIANT ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0, Nivel 1	
CHATEAL ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
CRYSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
CYCLAFEM 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
CYCLAFEM 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
CYRED EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
DASETTA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
DASETTA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
DAYSEE ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0, Nivel 1	
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>drospirenen-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	\$0, Nivel 1	
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
ELLA ORAL TABLET 30 MG	\$0, Nivel 2	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0, Nivel 1	
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0, Nivel 1	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 1	
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
FAYOSIM ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0, Nivel 1	
FEMYNOR ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
HAILEY 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
HAILEY 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nivel 1	
HEATHER ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	
ICLEVIA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0, Nivel 1	
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
JASMIEL ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nivel 1	
JOLESSA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0, Nivel 1	
JULEBER ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
JUNEL FE 24 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nivel 1	
KAITLIB FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nivel 1	
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LARIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nivel 1	
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LARISSIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LAYOLIS FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0, Nivel 1	
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days</i>	\$0, Nivel 1	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	\$0, Nivel 1	
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LILLOW ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LOESTRIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LOESTRIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LOESTRIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nivel 1	
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nivel 1	
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
MONO-LINYAH ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nivel 1	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)</i>	\$0, Nivel 1	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg, 0.8-25 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	\$0, Nivel 1	
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
NYMYO ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nivel 1	
ORSYTHIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
PHILITH ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nivel 1	
PIRMELLA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
PREVIFEM ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
RIVELSA ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0, Nivel 1	
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0, Nivel 1	
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	
SIMLIYA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nivel 1	
SIMPESSE ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0, Nivel 1	
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nivel 1	
TARINA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nivel 1	
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-LINYAH ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TRI-LO-MARZIA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-LO-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-NYMYO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-PREVIFEM ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nivel 1	
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nivel 1	
TYDEMY ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG	\$0, Nivel 1	
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0, Nivel 1	
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nivel 1	
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)	\$0, Nivel 1	
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
WERA ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0, Nivel 1	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0, Nivel 1	
ZARAH ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nivel 1	
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nivel 1	
Antidiabéticos, Insulinas		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0, Nivel 2	
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0, Nivel 2	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
cvs gauze sterile pad 2"x2"	\$0, Nivel 2	
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	\$0, Nivel 2	
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
FIASP SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
global alcohol prep ease pad 70 %	\$0, Nivel 2	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	NDS
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
OMNIPOD 5 PACK	\$0, Nivel 2	PA; QL (2 per 30 days)
OMNIPOD DASH 5 PACK PODS	\$0, Nivel 2	PA; QL (2 per 30 days)
OMNIPOD STARTER KIT	\$0, Nivel 2	PA; QL (1 per 365 days)
preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml	\$0, Nivel 2	
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0, Nivel 2	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
V-GO 20 KIT	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
V-GO 30 KIT	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
V-GO 40 KIT	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0, Nivel 2	QL (15 per 30 days)
Antidiabéticos		
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML	\$0, Nivel 2	QL (3.4 per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML	\$0, Nivel 2	QL (2.4 per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML	\$0, Nivel 2	QL (1.2 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg	\$0, Nivel 1	QL (240 per 30 days)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg	\$0, Nivel 1	QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (75 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (150 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML	\$0, Nivel 2	QL (1.5 per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 4 MG/3ML	\$0, Nivel 2	QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 5-500 MG	\$0, Nivel 2	QL (120 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	\$0, Nivel 2	QL (2 per 28 days)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 18 MG/3ML	\$0, Nivel 2	QL (9 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
Diversos		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>charcoal powder</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D; QL (120 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nivel 2	B/D; QL (60 per 30 days); NDS
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0, Nivel 2	B/D; QL (120 per 30 days); NDS
CYSTADANE ORAL POWDER	\$0, Nivel 2	LA; NDS
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA
<i>desmopressin ace spray refrigerated nasal solution 0.01 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	\$0, Nivel 1	
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 0.2 MG, 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 12 MG, 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
KETO-DIASTIX STRIP IN VITRO	\$0, Nivel 3	DP
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (PED), 30 MG (PED)	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 1	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XENICAL CAPSULE 120 MG ORAL 120 MG	\$0, Nivel 3	DP
Endometriosis		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0, Nivel 2	NDS
Estrógenos		
AMABELZ ORAL TABLET 0.5-0.1 MG, 1-0.5 MG	\$0, Nivel 2	
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 10 MG/ML	\$0, Nivel 2	
DOTTI TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0, Nivel 2	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 2	
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 2	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	\$0, Nivel 2	
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG	\$0, Nivel 2	
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	\$0, Nivel 2	
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0, Nivel 2	
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0, Nivel 2	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 2	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	\$0, Nivel 1	
Glucocorticoides		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0, Nivel 2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0, Nivel 2	B/D

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	\$0, Nivel 1	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0, Nivel 2	
Progestinas		
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Reguladores De Calcio		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	\$0, Nivel 1	B/D
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution 6 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution reconstituted 30 mg, 90 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0, Nivel 2	QL (1 per 180 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	\$0, Nivel 1	
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/100ml, 5 mg/100ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Del Receptor H2		
<i>famotidine intravenous solution 20 mg/2ml, 200 mg/20ml, 40 mg/4ml</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml	\$0, Nivel 1	QL (300 per 30 days)
famotidine oral tablet 20 mg	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
famotidine oral tablet 40 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%	\$0, Nivel 1	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	\$0, Nivel 1	
Antiácidos		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML ORAL 400-400-40 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
alum & mag hydroxide-simeth suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
alum & mag hydroxide-simeth suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
alumina-magnesia-simethicone suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
aluminum hydroxide gel suspension 320 mg/5ml oral 320 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
antacid anti-gas max strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
antacid fast relief suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
antacid maximum strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
antacid plus anti-gas fast act suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
antacid plus anti-gas relief suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
antacid plus anti-gas relief suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
antacid regular strength suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
antacid suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
antacid/anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
grp antacid & anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
grp antacid & anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
grp antacid regular strength suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
hm advanced antacid max st suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
hm antacid anti-gas ex st suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
hm antacid suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
hm antacid/antigas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
mag-al plus liquid 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
mag-al plus xs liquid 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
magnesium oxide tablet 400 mg oral 400 mg	\$0, Nivel 3	DP
magnesium oxide tablet 420 mg oral 420 mg	\$0, Nivel 3	DP
MI-ACID SUSPENSION 200-200-20 MG/5ML ORAL 200-200-20 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
mintox maximum strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
MINTOX PLUS TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG ORAL 200-200-25 MG	\$0, Nivel 3	DP
qc antacid suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
qc antacid/anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
qc antacid/anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sm antacid advanced max st suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sm antacid advanced suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sm antacid maximum strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sm antacid/antigas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sodium bicarbonate powder oral (otc)	\$0, Nivel 3	DP
Antidiarreicos		
anti-diarrheal capsule 2 mg oral 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
bismatrol tablet chewable 262 mg oral 262 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp anti-diarrheal capsule 2 mg oral 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp pink bismuth tablet 262 mg oral 262 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp pink bismuth tablet chewable 262 mg oral 262 mg	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
goodsense stomach relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm anti-diarrheal capsule 2 mg oral 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm stomach relief suspension 262 mg/15ml oral 262 mg/15ml	\$0, Nivel 3	DP
hm stomach relief suspension 525 mg/30ml oral 525 mg/30ml	\$0, Nivel 3	DP
hm stomach relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg	\$0, Nivel 3	DP
loperamide hcl tablet 2 mg oral 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
peptic relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg	\$0, Nivel 3	DP
qc anti-diarrheal capsule 2 mg oral 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
qc anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
qc diarrhea relief suspension 262 mg/15ml oral 262 mg/15ml	\$0, Nivel 3	DP
sm anti-diarrheal capsule 2 mg oral 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm stomach relief tablet 262 mg oral 262 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm stomach relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg	\$0, Nivel 3	DP
stomach relief suspension 525 mg/30ml oral 525 mg/30ml	\$0, Nivel 3	DP
stomach relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg	\$0, Nivel 3	DP
Antieméticos		
aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg	\$0, Nivel 1	B/D
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	\$0, Nivel 1	
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	B/D; QL (60 per 30 days)
gransetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml	\$0, Nivel 1	
gransetron hcl oral tablet 1 mg	\$0, Nivel 1	B/D
meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg	\$0, Nivel 2	
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml	\$0, Nivel 1	
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	
ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml	\$0, Nivel 1	
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml	\$0, Nivel 1	B/D
ondansetron hcl oral tablet 24 mg, 4 mg, 8 mg	\$0, Nivel 1	B/D
ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg	\$0, Nivel 1	B/D

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (10 per 30 days)
Antiespasmódicos		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 2	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Diversos		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>alosetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>gas relief drops infants suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gas relief extra strength capsule 125 mg oral 125 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gas relief extra strength tablet chewable 125 mg oral 125 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gas relief suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gas relief tablet chewable 80 mg oral 80 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gas relief ultra strength capsule 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG</i>	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>gnp anti-gas capsule 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp gas relief extra strength capsule 125 mg oral 125 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp gas relief tablet chewable 80 mg oral 80 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm gas relief infants drops suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm gas relief tablet chewable 80 mg oral 80 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>infants gas relief suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>infants simethicone suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
loperamide hcl oral capsule 2 mg	\$0, Nivel 1	
mi-acid gas relief tablet chewable 80 mg oral 80 mg	\$0, Nivel 3	DP
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	\$0, Nivel 1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
MOVANTIK ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH CAPSULE 250 MG ORAL 250 MG	\$0, Nivel 3	DP
qc gas relief extra strength capsule 125 mg oral 125 mg	\$0, Nivel 3	DP
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
RESTORA RX CAPSULE 60-1.25 MG ORAL 60-1.25 MG	\$0, Nivel 3	DP
sm gas relief antiflatulent capsule 180 mg oral 180 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm gas relief extra strength capsule 125 mg oral 125 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm gas relief infants suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml	\$0, Nivel 3	DP
sm gas relief tablet chewable 125 mg oral 125 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm gas relief tablet chewable 80 mg oral 80 mg	\$0, Nivel 3	DP
sucralfate oral tablet 1 gm	\$0, Nivel 1	
ursodiol oral capsule 300 mg	\$0, Nivel 1	
ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0, Nivel 1	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
balsalazide disodium oral capsule 750 mg	\$0, Nivel 1	
budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg	\$0, Nivel 2	PA; NDS
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	\$0, Nivel 1	PA
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml	\$0, Nivel 1	
mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
mesalamine oral capsule delayed release 400 mg	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
mesalamine rectal enema 4 gm	\$0, Nivel 1	
mesalamine rectal suppository 1000 mg	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Enzimas Pancreáticas		
<i>CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT</i>	\$0, Nivel 2	
<i>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</i>	\$0, Nivel 2	
Inhibidores De La Bomba De Protones		
<i>DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG, 60 MG</i>	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nivel 1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
Laxantes		
<i>bisacodyl ec tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>bisacodyl suppository 10 mg rectal 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>docu liquid 50 mg/5ml oral 50 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>docusate calcium capsule 240 mg oral 240 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>docusate mini enema 283 mg/5ml rectal 283 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>docusate sodium capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>docusate sodium capsule 250 mg oral (otc) 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>docusate sodium liquid 50 mg/5ml oral 50 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>DOCUSOL MINI ENEMA 283 MG/5ML RECTAL 283 MG/5ML</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>DOK CAPSULE 100 MG ORAL 100 MG</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>enema enema 7-19 gm/118ml rectal 7-19 gm/118ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>enema ready-to-use enema 7-19 gm/118ml rectal 7-19 gm/118ml</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ENEMEEZ MINI ENEMA 283 MG/5ML RECTAL 283 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
ENEMEEZ PLUS ENEMA 20-283 MG RECTAL 20-283 MG	\$0, Nivel 3	DP
enulose oral solution 10 gm/15ml	\$0, Nivel 1	
epsom salt granules oral	\$0, Nivel 3	DP
fiber laxative tablet 625 mg oral 625 mg	\$0, Nivel 3	DP
fiber tablet 625 mg oral 625 mg	\$0, Nivel 3	DP
fiber-lax tablet 625 mg oral 625 mg	\$0, Nivel 3	DP
FLEET ENEMA ENEMA 7-19 GM/118ML RECTAL 7-19 GM/118ML	\$0, Nivel 3	DP
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	\$0, Nivel 1	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0, Nivel 1	
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	\$0, Nivel 1	
generlac oral solution 10 gm/15ml	\$0, Nivel 1	
gentle laxative suppository 10 mg rectal 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg	\$0, Nivel 3	DP
glycerin (adult) suppository 2 gm rectal 2 gm	\$0, Nivel 3	DP
glycerin (infants & children) suppository 1 gm rectal 1 gm	\$0, Nivel 3	DP
glycerin (pediatric) suppository 1 gm rectal 1 gm	\$0, Nivel 3	DP
glycerin adult suppository 2 gm rectal 2 gm	\$0, Nivel 3	DP
glycerin childrens suppository 1 gm rectal 1 gm	\$0, Nivel 3	DP
gnp enema enema rectal	\$0, Nivel 3	DP
gnp gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp glycerin (adult) suppository 2.1 gm rectal 2.1 gm	\$0, Nivel 3	DP
gnp glycerin child suppository 1.2 gm rectal 1.2 gm	\$0, Nivel 3	DP
gnp laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral 1200 mg/15ml	\$0, Nivel 3	DP
gnp natural fiber capsule 0.52 gm oral 0.52 gm	\$0, Nivel 3	DP
gnp natural fiber powder 28.3 % oral 28.3 %	\$0, Nivel 3	DP
gnp senna lax tablet 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp stool softener capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp stool softener capsule 250 mg oral 250 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp stool softener/laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
grp womens gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg	\$0, Nivel 3	DP
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0, Nivel 2	
goodsense epsom salt granules oral	\$0, Nivel 3	DP
hm enema enema 7-19 gm/118ml rectal 7-19 gm/118ml	\$0, Nivel 3	DP
hm laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral 1200 mg/15ml	\$0, Nivel 3	DP
hm senna tablet 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm stool softener capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm stool softener/laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nivel 3	DP
lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml	\$0, Nivel 1	
lactulose oral solution 10 gm/15ml	\$0, Nivel 1	
laxative max str tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nivel 3	DP
milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral 1200 mg/15ml	\$0, Nivel 3	DP
milk of magnesia suspension 2400 mg/30ml oral 2400 mg/30ml	\$0, Nivel 3	DP
milk of magnesia suspension 400 mg/5ml oral 400 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
milk of magnesia suspension 7.75 % oral 7.75 %	\$0, Nivel 3	DP
NULYTELY LEMON-LIME ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	\$0, Nivel 2	
PEDIA-LAX LIQUID 50 MG/15ML ORAL 50 MG/15ML	\$0, Nivel 3	DP
PEDIA-LAX SUPPOSITORY 1 GM RECTAL 1 GM	\$0, Nivel 3	DP
peg 3350 packet 17 gm oral 17 gm	\$0, Nivel 3	DP
peg 3350 powder 17 gm/scoop oral 17 gm/scoop	\$0, Nivel 3	DP
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm	\$0, Nivel 1	
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm	\$0, Nivel 1	
PLENUV ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0, Nivel 2	
qc enema enema 16-6 gm/133ml rectal 16-6 gm/133ml	\$0, Nivel 3	DP
qc epsom salt granules oral	\$0, Nivel 3	DP
qc fiber laxative capsule 0.52 gm oral 0.52 gm	\$0, Nivel 3	DP
qc gentle laxative suppository 10 mg rectal 10 mg	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
qc milk of magnesia suspension 400 mg/5ml oral 400 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
qc natural vegetable laxative tablet 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nivel 3	DP
qc natural vegetable powder 95 % oral 95 %	\$0, Nivel 3	DP
qc stool softener capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
qc stool softener pls laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nivel 3	DP
SENEXON-S TABLET 8.6-50 MG ORAL 8.6-50 MG	\$0, Nivel 3	DP
senna capsule 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nivel 3	DP
senna laxative tablet 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nivel 3	DP
senna liquid 8.8 mg/5ml oral 8.8 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
senna plus tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nivel 3	DP
senna s tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nivel 3	DP
senna syrup 8.8 mg/5ml oral (otc) 8.8 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
senna tablet 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nivel 3	DP
senna-lax tablet 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nivel 3	DP
senna-s tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nivel 3	DP
senna-tabs tablet 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nivel 3	DP
senna-time s tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nivel 3	DP
senna-time tablet 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nivel 3	DP
SENNO TABLET 8.6 MG ORAL 8.6 MG	\$0, Nivel 3	DP
silace liquid 150 mg/15ml oral 150 mg/15ml	\$0, Nivel 3	DP
silace syrup 60 mg/15ml oral 60 mg/15ml	\$0, Nivel 3	DP
sm enema enema 7-19 gm/118ml rectal 7-19 gm/118ml	\$0, Nivel 3	DP
sm fiber powder 28.3 % oral 28.3 %	\$0, Nivel 3	DP
sm fiber powder 48.57 % oral 48.57 %	\$0, Nivel 3	DP
sm fiber powder 58.6 % oral 58.6 %	\$0, Nivel 3	DP
sm fiber tablet 625 mg oral 625 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral 1200 mg/15ml	\$0, Nivel 3	DP
sm senna laxative tablet 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm senna-s tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm stool softener capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm stool softener/laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nivel 3	DP
stimulant laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nivel 3	DP
stool softener capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
stool softener laxative capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
stool softener laxative capsule 250 mg oral 250 mg	\$0, Nivel 3	DP
stool softener plus laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nivel 3	DP
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	\$0, Nivel 2	
vegetable lax+stool softener tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nivel 3	DP
womens laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg	\$0, Nivel 3	DP
GENITOURINARIO		
Antiespasmódicos Urinarios		
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	\$0, Nivel 1	
solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg	\$0, Nivel 1	ST; QL (30 per 30 days)
tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0, Nivel 1	ST; QL (60 per 30 days)
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4 MG, 8 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
trospium chloride oral tablet 20 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
Antiinfecciosos Vaginales		
3 day vaginal cream 2 % vaginal 2 %	\$0, Nivel 3	DP
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	\$0, Nivel 1	
clotrimazole 3 cream 2 % vaginal 2 %	\$0, Nivel 3	DP
clotrimazole cream 1 % vaginal 1 %	\$0, Nivel 3	DP
gnp clotrimazole 3 cream 2 % vaginal 2 %	\$0, Nivel 3	DP
gnp miconazole 3 kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0, Nivel 3	DP
gnp miconazole 7 cream 2 % vaginal 2 %	\$0, Nivel 3	DP
metronidazole vaginal gel 0.75 %	\$0, Nivel 1	
miconazole 3 applicator kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0, Nivel 3	DP
miconazole 3 combo-supp kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
miconazole 7 cream 2 % vaginal 2 %	\$0, Nivel 3	DP
miconazole 7 suppository 100 mg vaginal 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
miconazole nitrate cream 2 % vaginal 2 %	\$0, Nivel 3	DP
qc miconazole 7 cream 2 % vaginal 2 %	\$0, Nivel 3	DP
sm 3-day vaginal cream 2 % vaginal 2 %	\$0, Nivel 3	DP
sm clotrimazole vaginal cream 1 % vaginal 1 %	\$0, Nivel 3	DP
sm miconazole 3 applicator kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0, Nivel 3	DP
sm miconazole 3 kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0, Nivel 3	DP
sm miconazole 7 cream 2 % vaginal 2 %	\$0, Nivel 3	DP
sm miconazole 7 suppository 100 mg vaginal 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %	\$0, Nivel 1	
terconazole vaginal suppository 80 mg	\$0, Nivel 1	
VANDAZOLE VAGINAL GEL 0.75 %	\$0, Nivel 1	
Diversos		
acetic acid irrigation solution 0.25 %	\$0, Nivel 1	
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)	\$0, Nivel 1	
Hiperplasia Prostática Benigna		
alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
dutasteride oral capsule 0.5 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
finasteride oral tablet 5 mg	\$0, Nivel 1	
tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg	\$0, Nivel 1	
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	\$0, Nivel 2	QL (74 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nivel 2	QL (74 per 30 days)
enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml	\$0, Nivel 1	
enoxaparin sodium subcutaneous solution 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, Nivel 1	
fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml	\$0, Nivel 2	NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml	\$0, Nivel 1	
heparin (porcine) in nacl intravenous solution 25000-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/500ml-%	\$0, Nivel 2	
heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml, 25000-5 ut/500ml-%, 40-5 unit/ml-%	\$0, Nivel 1	
heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml	\$0, Nivel 1	B/D
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	\$0, Nivel 1	
warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	\$0, Nivel 1	
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	\$0, Nivel 2	QL (51 per 30 days)
Diversos		
anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg	\$0, Nivel 1	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (24 per 30 days); NDS
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0, Nivel 2	
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (20 per 30 days); NDS
icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml	\$0, Nivel 2	PA; QL (27 per 30 days); NDS
pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg	\$0, Nivel 1	
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (360 per 30 days); NDS
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/3ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (27 per 30 days); NDS
tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml	\$0, Nivel 1	
tranexamic acid oral tablet 650 mg	\$0, Nivel 1	
Factores De Crecimiento Hematopoyéticos		
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	PA

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
Hierro		
active fe tablet 75-1.25 mg oral 75-1.25 mg	\$0, Nivel 3	DP
CHROMAGEN CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
CORVITA 150 TABLET 150-1.25 MG ORAL 150-1.25 MG	\$0, Nivel 3	DP
CORVITE 150 TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
corvite fe tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
FERAHEME SOLUTION 510 MG/17ML INTRAVENOUS 510 MG/17ML	\$0, Nivel 3	DP
FERATE TABLET 240 (27 FE) MG ORAL 240 (27 FE) MG	\$0, Nivel 3	DP
FERIVA 21/7 TABLET 75-1 MG ORAL 75-1 MG	\$0, Nivel 3	DP
FERIVAF A CAPSULE 110-1 MG ORAL 110-1 MG	\$0, Nivel 3	DP
FEROSUL ELIXIR 220 (44 FE) MG/5ML ORAL 220 (44 FE) MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
FERRALET 90 TABLET 90-1 MG ORAL 90-1 MG	\$0, Nivel 3	DP
terraplus 90 tablet 90-1 mg oral 90-1 mg	\$0, Nivel 3	DP
ferretts tablet 325 (106 fe) mg oral 325 (106 fe) mg	\$0, Nivel 3	DP
FERRLECIT SOLUTION 12.5 MG/ML INTRAVENOUS 12.5 MG/ML	\$0, Nivel 3	DP
ferrous fumarate tablet 324 (106 fe) mg oral 324 (106 fe) mg	\$0, Nivel 3	DP
ferrous gluconate tablet 324 (37.5 fe) mg oral 324 (37.5 fe) mg	\$0, Nivel 3	DP
ferrous gluconate tablet 324 (38 fe) mg oral 324 (38 fe) mg	\$0, Nivel 3	DP
ferrous sulfate elixir 220 (44 fe) mg/5ml oral 220 (44 fe) mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
ferrous sulfate tablet delayed release 324 (65 fe) mg oral 324 (65 fe) mg	\$0, Nivel 3	DP
ferrous sulfate tablet delayed release 325 (65 fe) mg oral 325 (65 fe) mg	\$0, Nivel 3	DP
FOLITAB 500 TABLET EXTENDED RELEASE 105-500-0.8 MG ORAL 105-500-0.8 MG	\$0, Nivel 3	DP
FOLIVANE-F CAPSULE 125-1 MG ORAL 125-1 MG	\$0, Nivel 3	DP
FOLIVANE-PLUS CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
FUSION CAPSULE 65-65-25-30 MG ORAL 65-65-25-30 MG	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
FUSION PLUS CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
grp iron tablet extended release 142 (45 fe) mg oral 142 (45 fe) mg	\$0, Nivel 3	DP
HEMATOGEN CAPSULE ORAL (RX)	\$0, Nivel 3	DP
HEMATOGEN FA CAPSULE 200-250-0.01-1 MG ORAL 200-250-0.01-1 MG	\$0, Nivel 3	DP
HEMATOGEN FORTE CAPSULE 460-60-0.01-1 MG ORAL (RX) 460-60-0.01-1 MG	\$0, Nivel 3	DP
HEMOCYTE PLUS CAPSULE 106-1 MG ORAL 106-1 MG	\$0, Nivel 3	DP
HEMOCYTE-F TABLET 324-1 MG ORAL 324-1 MG	\$0, Nivel 3	DP
IFEREX 150 CAPSULE 150 MG ORAL 150 MG	\$0, Nivel 3	DP
INFED SOLUTION 50 MG/ML INJECTION 50 MG/ML	\$0, Nivel 3	DP
INJECTAFER SOLUTION 750 MG/15ML INTRAVENOUS 750 MG/15ML	\$0, Nivel 3	DP
INTEGRA CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG ORAL 62.5-62.5-40-3 MG	\$0, Nivel 3	DP
INTEGRA F CAPSULE 125-1 MG ORAL 125-1 MG	\$0, Nivel 3	DP
INTEGRA PLUS CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
iron chews pediatric tablet chewable 15 mg oral 15 mg	\$0, Nivel 3	DP
iron tablet 240 (27 fe) mg oral 240 (27 fe) mg	\$0, Nivel 3	DP
kp ferrous sulfate tablet 325 (65 fe) mg oral 325 (65 fe) mg	\$0, Nivel 3	DP
na ferric gluc cplx in sucrose solution 12.5 mg/ml intravenous 12.5 mg/ml	\$0, Nivel 3	DP
NEPHRON FA TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
NIFEREX TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
NOVAFERRUM 50 CAPSULE 50 MG ORAL 50 MG	\$0, Nivel 3	DP
NOVAFERRUM LIQUID 125 MG/5ML ORAL 125 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS LIQUID 15 MG/ML ORAL 15 MG/ML	\$0, Nivel 3	DP
NUFERA TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
NU-IRON CAPSULE 150 MG ORAL 150 MG	\$0, Nivel 3	DP
purevit dualfe plus capsule 162-115.2-1 mg oral 162-115.2-1 mg	\$0, Nivel 3	DP
se-tan plus capsule 162-115.2-1 mg oral 162-115.2-1 mg	\$0, Nivel 3	DP
slow release iron tablet extended release 47.5 mg oral 47.5 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm iron slow release tablet extended release 160 (50 fe) mg oral 160 (50 fe) mg	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>tl-hem 150 tablet 150-1 mg oral 150-1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
TRICON CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
TRIFERIC PACKET 272 MG HEMODIALYSIS 272 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>trigels-f forte capsule 460-60-0.01-1 mg oral 460-60-0.01-1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
VENOFER SOLUTION 20 MG/ML INTRAVENOUS 20 MG/ML	\$0, Nivel 3	DP
<i>wee care suspension 15 mg/1.25ml oral 15 mg/1.25ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
Inhibidores De Agregación Plaquetaria		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	\$0, Nivel 1	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0, Nivel 2	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
OFTÁLMICOS		
Antialérgicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>bepotastine besilate ophthalmic solution 1.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %	\$0, Nivel 2	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0, Nivel 1	
LASTACAFT OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0, Nivel 2	
NAPHCON-A SOLUTION 0.025-0.3 % OPHTHALMIC 0.025-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	
ZERVIADE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0, Nivel 2	
Antiglaucoma		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	\$0, Nivel 2	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0, Nivel 2	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nivel 1	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	\$0, Nivel 2	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	\$0, Nivel 2	
pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %	\$0, Nivel 1	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	\$0, Nivel 2	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0, Nivel 2	
timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	\$0, Nivel 1	
timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %, 0.5 % (daily)	\$0, Nivel 1	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	\$0, Nivel 2	
Antiinfectivos/Antiinflamatorios		
bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %	\$0, Nivel 1	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %	\$0, Nivel 2	
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1	\$0, Nivel 1	
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1	\$0, Nivel 1	
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1	\$0, Nivel 1	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %	\$0, Nivel 1	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0, Nivel 2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 %	\$0, Nivel 2	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %	\$0, Nivel 1	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$0, Nivel 2	
Antiinfectivos		
bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm	\$0, Nivel 1	
bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm	\$0, Nivel 1	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	\$0, Nivel 2	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0, Nivel 2	
ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %	\$0, Nivel 1	
erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm	\$0, Nivel 1	
gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %	\$0, Nivel 1	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0, Nivel 1	
gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %	\$0, Nivel 1	
moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %	\$0, Nivel 1	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0, Nivel 2	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	\$0, Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nivel 1	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	\$0, Nivel 2	
Antiinflamatorios		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %	\$0, Nivel 2	
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	\$0, Nivel 1	
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	\$0, Nivel 2	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nivel 2	
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	\$0, Nivel 2	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0, Nivel 1	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	\$0, Nivel 2	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0, Nivel 2	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nivel 2	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	\$0, Nivel 2	
Diversos		
<i>artificial tears solution 1.4 % ophthalmic 1.4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nivel 2	
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
GENTEAL TEARS MODERATE PF SOLUTION 0.1-0.3 % OPHTHALMIC 0.1-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
GENTEAL TEARS SOLUTION 0.1-0.2-0.3 % OPHTHALMIC 0.1-0.2-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
GENTEAL TEARS SOLUTION 0.1-0.3 % OPHTHALMIC 0.1-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
gnp artificial tears solution 5-6 mg/ml ophthalmic 5-6 mg/ml	\$0, Nivel 3	DP
gnp lubricating plus eye drops solution 0.5 % ophthalmic 0.5 %	\$0, Nivel 3	DP
GONAK SOLUTION 2.5 % OPHTHALMIC 2.5 %	\$0, Nivel 3	DP
goodsense lubricating eye drop solution 0.5 % ophthalmic 0.5 %	\$0, Nivel 3	DP
hm dry eye relief solution 0.2-0.2-1 % ophthalmic 0.2-0.2-1 %	\$0, Nivel 3	DP
hm lubricating plus solution 0.5 % ophthalmic 0.5 %	\$0, Nivel 3	DP
hm lubricating tears solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
ISOPTO ATROPINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	\$0, Nivel 2	
ISOPTO TEARS SOLUTION 0.5 % OPHTHALMIC 0.5 %	\$0, Nivel 3	DP
lubricant eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
lubricating eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
lubricating plus eye drops solution 0.5 % ophthalmic 0.5 %	\$0, Nivel 3	DP
MURO 128 OINTMENT 5 % OPHTHALMIC 5 %	\$0, Nivel 3	DP
proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %	\$0, Nivel 1	
REFRESH CELLUVISC GEL 1 % OPHTHALMIC 1 %	\$0, Nivel 3	DP
REFRESH LIQUIGEL GEL 1 % OPHTHALMIC 1 %	\$0, Nivel 3	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC 0.5-1-0.5 %	\$0, Nivel 3	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC 0.5-1-0.5 %	\$0, Nivel 3	DP
REFRESH OPTIVE GEL 1-0.9 % OPHTHALMIC 1-0.9 %	\$0, Nivel 3	DP
REFRESH OPTIVE MEGA-3 SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC 0.5-1-0.5 %	\$0, Nivel 3	DP
REFRESH OPTIVE PF SOLUTION 0.5-0.9 % OPHTHALMIC 0.5-0.9 %	\$0, Nivel 3	DP
REFRESH OPTIVE SOLUTION 0.5-0.9 % OPHTHALMIC 0.5-0.9 %	\$0, Nivel 3	DP
REFRESH PLUS SOLUTION 0.5 % OPHTHALMIC 0.5 %	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
REFRESH RELIEVA SOLUTION 0.5-0.9 % OPHTHALMIC 0.5-0.9 %	\$0, Nivel 3	DP
REFRESH SOLUTION 1.4-0.6 % OPHTHALMIC 1.4-0.6 %	\$0, Nivel 3	DP
REFRESH TEARS SOLUTION 0.5 % OPHTHALMIC 0.5 %	\$0, Nivel 3	DP
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nivel 2	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nivel 2	
<i>sm lubricant eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm lubricating plus solution 0.5 % ophthalmic 0.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm lubricating tears solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ointment 5 % ophthalmic 5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) solution 5 % ophthalmic 5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
SYSTANE BALANCE SOLUTION 0.6 % OPHTHALMIC 0.6 %	\$0, Nivel 3	DP
SYSTANE COMPLETE SOLUTION 0.6 % OPHTHALMIC 0.6 %	\$0, Nivel 3	DP
SYSTANE GEL 0.4-0.3 % OPHTHALMIC 0.4-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
SYSTANE OVERNIGHT THERAPY GEL 0.3 % OPHTHALMIC 0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
SYSTANE PRESERVATIVE FREE SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC 0.4-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
SYSTANE SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC 0.4-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
SYSTANE ULTRA PF SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC 0.4-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
SYSTANE ULTRA SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC 0.4-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
THERATEARS GEL 1 % OPHTHALMIC 1 %	\$0, Nivel 3	DP
THERATEARS PF SOLUTION 0.25 % OPHTHALMIC 0.25 %	\$0, Nivel 3	DP
THERATEARS SOLUTION 0.25 % OPHTHALMIC 0.25 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>ultra lubricating eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
ÓTICOS		
Agentes Óticos		
acetic acid otic solution 2 %	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %	\$0, Nivel 1	
FLAC OTIC OIL 0.01 %	\$0, Nivel 1	
fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %	\$0, Nivel 1	
neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %	\$0, Nivel 1	
neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1	\$0, Nivel 1	
ofloxacin otic solution 0.3 %	\$0, Nivel 1	
RESPIRATORIOS		
Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (25.8 per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	\$0, Nivel 1	B/D
ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %	\$0, Nivel 1	
Antihistamínicos		
24hr allergy relief tablet 180 mg oral 180 mg	\$0, Nivel 3	DP
all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
all-day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
aller-chlor tablet 4 mg oral 4 mg	\$0, Nivel 3	DP
aller-ease tablet 60 mg oral 60 mg	\$0, Nivel 3	DP
allergy 24-hr tablet 180 mg oral 180 mg	\$0, Nivel 3	DP
allergy childrens liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
allergy childrens syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
allergy rel child (loratadine) solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
allergy relief capsule 25 mg oral 25 mg	\$0, Nivel 3	DP
allergy relief childrens liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
allergy relief childrens solution 1 mg/ml oral 1 mg/ml	\$0, Nivel 3	DP
allergy relief tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
allergy relief tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nivel 3	DP
allergy relief tablet 4 mg oral 4 mg	\$0, Nivel 3	DP
allergy relief tablet 5 mg oral 5 mg	\$0, Nivel 3	DP
allergy tablet 4 mg oral 4 mg	\$0, Nivel 3	DP
allergy-time tablet 4 mg oral 4 mg	\$0, Nivel 3	DP
azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
BANOPHEN CAPSULE 25 MG ORAL 25 MG	\$0, Nivel 3	DP
BANOPHEN CAPSULE 50 MG ORAL 50 MG	\$0, Nivel 3	DP
BANOPHEN TABLET 25 MG ORAL 25 MG	\$0, Nivel 3	DP
cetirizine hcl allergy child solution 5 mg/5ml oral (otc) 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
cetirizine hcl childrens alrgy solution 1 mg/ml oral 1 mg/ml	\$0, Nivel 3	DP
cetirizine hcl childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
cetirizine hcl childrens tablet chewable 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
cetirizine hcl childrens tablet chewable 5 mg oral 5 mg	\$0, Nivel 3	DP
cetirizine hcl hives relief solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml	\$0, Nivel 1	
cetirizine hcl tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
cetirizine hcl tablet 5 mg oral 5 mg	\$0, Nivel 3	DP
cetirizine hcl tablet chewable 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
cetirizine hcl tablet chewable 5 mg oral 5 mg	\$0, Nivel 3	DP
childrens loratadine solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
childrens loratadine syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
complete allergy medicine capsule 25 mg oral 25 mg	\$0, Nivel 3	DP
ciproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml	\$0, Nivel 2	PA
ciproheptadine hcl oral tablet 4 mg	\$0, Nivel 2	PA
diphenhist capsule 25 mg oral 25 mg	\$0, Nivel 3	DP
diphenhydramine hcl capsule 25 mg oral (otc) 25 mg	\$0, Nivel 3	DP
diphenhydramine hcl capsule 50 mg oral (otc) 50 mg	\$0, Nivel 3	DP
diphenhydramine hcl childrens liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml	\$0, Nivel 1	
diphenhydramine hcl liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
diphenhydramine hcl tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nivel 3	DP
ed chlorped jr syrup 2 mg/5ml oral 2 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
fexofenadine hcl tablet 180 mg oral (otc) 180 mg	\$0, Nivel 3	DP
fexofenadine hcl tablet 60 mg oral (otc) 60 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp all day allergy childrens solution 1 mg/ml oral 1 mg/ml	\$0, Nivel 3	DP
gnp all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
gnp all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp allergy antihistamine liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
gnp allergy relief capsule 25 mg oral 25 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp allergy relief tablet 4 mg oral 4 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp allergy tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp childrens allergy liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
gnp loratadine childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
gnp loratadine syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
gnp loratadine tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp loratadine tablet dispersible 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
goodsense all day allergy solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
goodsense all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
goodsense aller-ease tablet 180 mg oral 180 mg	\$0, Nivel 3	DP
goodsense allergy relief tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
hm all day allergy solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
hm allergy relief capsule 25 mg oral 25 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm allergy relief childrens liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
hm allergy relief tablet 180 mg oral 180 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm allergy relief tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm allergy relief tablet 4 mg oral 4 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm cetirizine hcl childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
hm cetirizine hcl tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm fexofenadine hcl tablet 180 mg oral 180 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm fexofenadine hcl tablet 60 mg oral 60 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm loratadine childrens syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
hm loratadine tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	\$0, Nivel 2	PA
hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml	\$0, Nivel 2	PA
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nivel 2	PA
hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0, Nivel 2	PA
levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg	\$0, Nivel 1	
liquid allergy relief liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
loratadine childrens syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
loratadine childrens tablet chewable 5 mg oral 5 mg	\$0, Nivel 3	DP
loratadine syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
loratadine tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
m-dryl liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
pharbedryl capsule 25 mg oral 25 mg	\$0, Nivel 3	DP
pharbedryl capsule 50 mg oral 50 mg	\$0, Nivel 3	DP
qc all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
qc childrens allergy solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
qc fexofenadine hydrochloride tablet 180 mg oral 180 mg	\$0, Nivel 3	DP
qc loratadine allergy relief tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
siladryl allergy liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sm all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sm all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm allergy childrens syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sm allergy relief capsule 25 mg oral 25 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm allergy relief liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sm allergy relief tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm childrens loratadine syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sm fexofenadine hcl tablet 180 mg oral 180 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm loratadine allergy relief tablet dispersible 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm loratadine syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sm loratadine tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
Beta Agonistas		
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act	\$0, Nivel 1	QL (17 per 30 days)
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)	\$0, Nivel 1	QL (13.4 per 30 days)
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)	\$0, Nivel 1	QL (36 per 30 days)
albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml	\$0, Nivel 1	B/D
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION 108 (90 BASE) MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (36 per 30 days)
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION 108 (90 BASE) MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (48 per 30 days)
Combinaciones De Anticolinérgicos/Beta Agonistas		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/INH	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (10.7 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION 160-9-4.8 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (10.7 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION 160-9-4.8 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (23.6 per 28 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/INH, 200-62.5-25 MCG/INH	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
Combinaciones De Esteroides/Beta Agonistas		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (12 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (10.2 per 30 days)
Diversos		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0, Nivel 1	B/D
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
cromolyn sodium aerosol solution 5.2 mg/act nasal 5.2 mg/act	\$0, Nivel 3	DP
cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml	\$0, Nivel 1	B/D
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG	\$0, Nivel 2	
epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml	\$0, Nivel 1	
epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml	\$0, Nivel 1	
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (270 per 30 days); NDS
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (270 per 30 days); NDS
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (112 per 28 days); NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (56 per 28 days); NDS
SYMJEPI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.15 MG/0.3ML, 0.3 MG/0.3ML	\$0, Nivel 2	
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0, Nivel 2	
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg	\$0, Nivel 1	
theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg	\$0, Nivel 1	
theophylline oral solution 80 mg/15ml	\$0, Nivel 1	
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (84 per 28 days); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
Esteroides Nasales		
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	\$0, Nivel 1	QL (75 per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	\$0, Nivel 1	QL (16 per 30 days)
Inhalantes Esteroides		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 250 MCG/BLIST	\$0, Nivel 2	QL (240 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/BLIST	\$0, Nivel 2	QL (180 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (24 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (21.2 per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (2 per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (3 per 30 days)
Moduladores De Leucotrieno		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Tos Y Refrescante		
<i>12 hour decongestant tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>12 hour nasal decongestant solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>12 hour nasal decongestant tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>12 hour nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>allergy relief d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
allergy relief d-12 tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nivel 3	DP
allergy relief d-24 tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg	\$0, Nivel 3	DP
allergy relief/nasal decongest tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg	\$0, Nivel 3	DP
allergy relief-d tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg	\$0, Nivel 3	DP
allergy/congestion relief tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nivel 3	DP
BENZEDREX INHALER NASAL	\$0, Nivel 3	DP
benzonatate capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
benzonatate capsule 150 mg oral 150 mg	\$0, Nivel 3	DP
benzonatate capsule 200 mg oral 200 mg	\$0, Nivel 3	DP
capcof syrup 5-2-10 mg/5ml oral 5-2-10 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
cetirizine-pseudoephedrine er tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nivel 3	DP
chest congestion relief dm syrup 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
chest congestion relief syrup 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
childrens silfedrine liquid 15 mg/5ml oral 15 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
coditussin ac liquid 200-10 mg/5ml oral 200-10 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
coditussin dac liquid 30-10-200 mg/5ml oral 30-10-200 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
cough dm childrens suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
cough/chest congestion dm syrup 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
cvs cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
DELSYM COUGH CHILDRENS SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML ORAL 30 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
DELSYM SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML ORAL 30 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
dextromethorphan polistirex er suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
dextromethorphan-guaifenesin liquid 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
dextromethorphan-guaifenesin liquid 20-200 mg/10ml oral 20-200 mg/10ml	\$0, Nivel 3	DP
dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
diabetic siltussin-dm max st liquid 10-200 mg/5ml oral 10-200 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
DIABETIC TUSSIN DM LIQUID 100-10 MG/5ML ORAL 100-10 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
DIABETIC TUSSIN LIQUID 100 MG/5ML ORAL 100 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
DIABETIC TUSSIN MAX ST LIQUID 10-200 MG/5ML ORAL 10-200 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
eq cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
gnp all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp allergy & congestion tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp allergy/congestion relief tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp cough dm er suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
gnp nasal decongestant pe tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp nasal decongestant tablet 30 mg oral 30 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp nasal spray extra moist solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nivel 3	DP
gnp nasal spray fast acting solution 1 % nasal 1 %	\$0, Nivel 3	DP
gnp nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nivel 3	DP
gnp no drip nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nivel 3	DP
gnp nose drops extra strength solution 1 % nasal 1 %	\$0, Nivel 3	DP
gnp pseudoephedrine hcl 12 hr tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp suphedrin liquid 15 mg/5ml oral 15 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
gnp tussin cf cough & cold syrup 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
gnp tussin cough long acting syrup 15 mg/5ml oral 15 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
gnp tussin dm cough liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
gnp tussin dm liquid 20-200 mg/10ml oral 20-200 mg/10ml	\$0, Nivel 3	DP
gnp tussin mucus & chest cong liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
goodsense cough dm childrens suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
goodsense cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
goodsense tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
guaiatussin ac syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
guaifenesin liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
guaifenesin solution 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
guaifenesin solution 200 mg/10ml oral 200 mg/10ml	\$0, Nivel 3	DP
guaifenesin solution 300 mg/15ml oral 300 mg/15ml	\$0, Nivel 3	DP
guaifenesin tablet 200 mg oral (otc) 200 mg	\$0, Nivel 3	DP
guaifenesin-codeine solution 100-10 mg/5ml oral (otc) 100-10 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
guaifenesin-dm syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
HISTEX-AC SYRUP 10-2.5-10 MG/5ML ORAL 10-2.5-10 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
hm allergy & congestion tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm allergy complete-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm allergy relief/nasal decong tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
hm nasal decongestant 12 hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm nasal decongestant pe tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm nasal decongestant tablet 30 mg oral 30 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nivel 3	DP
hm nose drops solution 1 % nasal 1 %	\$0, Nivel 3	DP
hm sinus nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nivel 3	DP
hm tussin adult dm liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
hm tussin adult liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
HYCODAN SYRUP 5-1.5 MG/5ML ORAL 5-1.5 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
hydrocod polst-cpm polst er suspension extended release 10-8 mg/5ml oral 10-8 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
hydrocodone-homatropine syrup 5-1.5 mg/5ml oral 5-1.5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
hydrocodone-homatropine tablet 5-1.5 mg oral 5-1.5 mg	\$0, Nivel 3	DP
hydromet syrup 5-1.5 mg/5ml oral 5-1.5 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
lohist-dm syrup 5-2-10 mg/5ml oral 5-2-10 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
loratadine-d 12hr tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nivel 3	DP
loratadine-d 24hr tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg	\$0, Nivel 3	DP
MAR-COF CG EXPECTORANT LIQUID 225-7.5 MG/5ML ORAL 225-7.5 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
maxi-tuss ac solution 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
maxi-tuss cd liquid 10-4-10 mg/5ml oral 10-4-10 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
maxi-tuss g liquid 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
maxi-tuss gmx liquid 10-200 mg/5ml oral 10-200 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
m-clear wc solution 100-6.3 mg/5ml oral 100-6.3 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE SOLUTION 0.05 % NASAL 0.05 %	\$0, Nivel 3	DP
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS LIQUID 400 MG/20ML ORAL 400 MG/20ML	\$0, Nivel 3	DP
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL SOLUTION 0.05 % NASAL 0.05 %	\$0, Nivel 3	DP
mucus & chest congestion liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
mucus relief chest congestion tablet 200 mg oral 200 mg	\$0, Nivel 3	DP
nasal decongestant max st tablet 30 mg oral 30 mg	\$0, Nivel 3	DP
nasal decongestant pe tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
nasal decongestant spray solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nivel 3	DP
nasal decongestant tablet 30 mg oral 30 mg	\$0, Nivel 3	DP
nasal four solution 1 % nasal 1 %	\$0, Nivel 3	DP
nasal relief solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nivel 3	DP
nasal spray 12 hour solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nivel 3	DP
nasal spray extra moisturizing solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nivel 3	DP
NINJACOF-XG LIQUID 200-8 MG/5ML ORAL 200-8 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>no drip nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>poly-tussin ac liquid 10-4-10 mg/5ml oral 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>promethazine-codeine solution 6.25-10 mg/5ml oral 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>promethazine-codeine syrup 6.25-10 mg/5ml oral 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml oral 6.25-15 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>promethazine-phenyleph-codeine syrup 6.25-5-10 mg/5ml oral 6.25-5-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>pseudoeph-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml oral (rx) 30-2-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>pseudoephedrine hcl er tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>pseudoephedrine hcl tablet 30 mg oral (otc) 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>pseudoephedrine hcl tablet 60 mg oral (otc) 60 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc loratadine-d tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc suphedrine maximum strength tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc tussin dm cough/congestion liquid 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc tussin mucus/congestion liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>robafen cf multi-symptom cold liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ROBAFEN DM CGH/CHEST CONGEST LIQUID 10-100 MG/5ML ORAL 10-100 MG/5ML</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ROBAFEN DM COUGH LIQUID 10-100 MG/5ML ORAL 10-100 MG/5ML</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ROBAFEN MUCUS/CHEST CONGESTION LIQUID 200 MG/10ML ORAL 200 MG/10ML</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML ORAL 30 MG/5ML</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>rynex pse liquid 1-15 mg/5ml oral 1-15 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sb allergy relief/nasal decong tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>silphen dm cough syrup 10 mg/5ml oral 10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>siltussin das liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
siltussin dm das liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
siltussin sa syrup 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
siltussin-dm alcohol free syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sinus 12 hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg	\$0, Nivel 3	DP
sinus nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nivel 3	DP
sinus relief extra strength solution 1 % nasal 1 %	\$0, Nivel 3	DP
sm all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm cough dm childrens suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sm cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sm lorata-dine d tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm nasal decongestant max st tablet 30 mg oral 30 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm nasal decongestant pe tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm nasal spray 12 hour solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nivel 3	DP
sm nasal spray moisturizing solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nivel 3	DP
sm nasal spray sinus solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nivel 3	DP
sm nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nivel 3	DP
sm nose drops nasal decongest solution 1 % nasal 1 %	\$0, Nivel 3	DP
sm tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sm tussin cough/chest congest syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sm tussin dm syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sm tussin mucus+chest congest liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
sodium chloride nebulization solution 7 % inhalation 7 %	\$0, Nivel 3	DP
sudogest 12 hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg	\$0, Nivel 3	DP
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH TABLET 30 MG ORAL 30 MG	\$0, Nivel 3	DP
SUDOGEST TABLET 30 MG ORAL 30 MG	\$0, Nivel 3	DP
SUDOGEST TABLET 60 MG ORAL 60 MG	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
suphedrine 12hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg	\$0, Nivel 3	DP
TESSALON PERLES CAPSULE 100 MG ORAL 100 MG	\$0, Nivel 3	DP
TUSNEL C SYRUP 30-10-100 MG/5ML ORAL 30-10-100 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
tusnel diabetic liquid 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
TUSNEL-EX LIQUID 100 MG/5ML ORAL 100 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
TUSSICAPS CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 10-8 MG ORAL 10-8 MG	\$0, Nivel 3	DP
tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
tussin cf multi-symptom cold liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
tussin cough syrup 15 mg/5ml oral 15 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
tussin dm cough + chest liquid 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
tussin dm liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
tussin dm liquid 20-200 mg/10ml oral 20-200 mg/10ml	\$0, Nivel 3	DP
tussin dm max liquid 10-200 mg/5ml oral 10-200 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
tussin dm syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
tussin mucus & chest congest liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
tussin mucus+chest congestion liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
tussin mucus+chest congestion syrup 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
tussin multi-symptom cold cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
virtussin a/c solution 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
virtussin ac w/alc liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
virtussin dac solution 30-10-100 mg/5ml oral 30-10-100 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
Agentes Antiparkinsonianos		
amantadine hcl oral capsule 100 mg	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
amantadine hcl oral tablet 100 mg	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml	\$0, Nivel 1	
benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0, Nivel 2	PA
bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg	\$0, Nivel 1	
bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg	\$0, Nivel 1	
carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	\$0, Nivel 1	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	\$0, Nivel 1	
carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	\$0, Nivel 1	
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg	\$0, Nivel 1	
entacapone oral tablet 200 mg	\$0, Nivel 1	
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (150 per 30 days); NDS
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	\$0, Nivel 2	
pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	\$0, Nivel 1	
rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
rasagiline mesylate oral tablet 1 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	
selegiline hcl oral capsule 5 mg	\$0, Nivel 1	
selegiline hcl oral tablet 5 mg	\$0, Nivel 1	
trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml	\$0, Nivel 2	PA
trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg	\$0, Nivel 2	PA
Agentes Para Esclerosis Múltiple		
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (14 per 28 days); NDS
dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg	\$0, Nivel 1	PA
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (28 per 28 days); NDS
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml	\$0, Nivel 2	PA; QL (12 per 28 days); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (12 per 28 days); NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Agentes Para Terapia Musculoesquelética		
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0, Nivel 1	
carisoprodol oral tablet 350 mg	\$0, Nivel 2	PA; QL (120 per 30 days)
cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0, Nivel 2	PA
dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg	\$0, Nivel 2	PA
tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg	\$0, Nivel 1	
VANADOM ORAL TABLET 350 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (120 per 30 days)
Ansiolíticos		
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0, Nivel 1	QL (150 per 30 days)
buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0, Nivel 1	
fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml	\$0, Nivel 1	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	\$0, Nivel 1	QL (150 per 30 days)
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	\$0, Nivel 1	QL (150 per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0, Nivel 1	QL (150 per 30 days)
Anticonvulsivantes		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days); NDS
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	\$0, Nivel 2	PA
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (600 per 30 days); NDS
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0, Nivel 1	
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0, Nivel 1	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
carbamazepine oral tablet 200 mg	\$0, Nivel 1	
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg	\$0, Nivel 1	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	\$0, Nivel 2	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	\$0, Nivel 1	PA; QL (480 per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (60 per 30 days)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg	\$0, Nivel 1	QL (300 per 30 days)
clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet dispersible 2 mg	\$0, Nivel 1	QL (300 per 30 days)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (360 per 30 days); NDS
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (360 per 30 days); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
diazepam injection solution 5 mg/ml	\$0, Nivel 1	
diazepam oral concentrate 5 mg/ml	\$0, Nivel 1	PA; QL (240 per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5ml	\$0, Nivel 1	PA; QL (1200 per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (120 per 30 days)
diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg	\$0, Nivel 1	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG	\$0, Nivel 2	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 30 MG	\$0, Nivel 2	
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML	\$0, Nivel 2	
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg	\$0, Nivel 1	
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg	\$0, Nivel 1	
divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg	\$0, Nivel 1	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (600 per 30 days); NDS
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 1	
ethosuximide oral capsule 250 mg	\$0, Nivel 1	
ethosuximide oral solution 250 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
felbamate oral suspension 600 mg/5ml	\$0, Nivel 2	NDS
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	\$0, Nivel 1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (360 per 30 days); NDS
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (720 per 30 days); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
gabapentin oral capsule 100 mg	\$0, Nivel 1	QL (1080 per 30 days)
gabapentin oral capsule 300 mg	\$0, Nivel 1	QL (360 per 30 days)
gabapentin oral capsule 400 mg	\$0, Nivel 1	QL (270 per 30 days)
gabapentin oral solution 250 mg/5ml	\$0, Nivel 1	QL (2160 per 30 days)
gabapentin oral tablet 600 mg	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
gabapentin oral tablet 800 mg	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	\$0, Nivel 1	
lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	
levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg	\$0, Nivel 1	
levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml	\$0, Nivel 1	
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	\$0, Nivel 1	
levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	\$0, Nivel 1	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0, Nivel 2	
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	\$0, Nivel 1	
phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml	\$0, Nivel 2	PA
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	\$0, Nivel 2	PA
phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml	\$0, Nivel 2	PA
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0, Nivel 2	
phenytoin oral suspension 125 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
phenytoin oral tablet chewable 50 mg	\$0, Nivel 1	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0, Nivel 1	
phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml	\$0, Nivel 1	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (120 per 30 days)
pregabalin oral capsule 200 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (60 per 30 days)
pregabalin oral solution 20 mg/ml	\$0, Nivel 1	PA; QL (900 per 30 days)
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nivel 1	
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	\$0, Nivel 2	PA; QL (2300 per 28 days); NDS
rufinamide oral tablet 200 mg	\$0, Nivel 2	PA; QL (480 per 30 days); NDS
rufinamide oral tablet 400 mg	\$0, Nivel 2	PA; QL (240 per 30 days); NDS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	\$0, Nivel 2	QL (90 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	\$0, Nivel 2	QL (360 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	\$0, Nivel 2	QL (180 per 30 days)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG	\$0, Nivel 2	QL (120 per 30 days)
SUBVENITE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG	\$0, Nivel 1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	\$0, Nivel 2	
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	\$0, Nivel 2	
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	\$0, Nivel 2	
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	\$0, Nivel 2	
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	\$0, Nivel 2	NDS
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nivel 2	QL (1200 per 30 days); NDS
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days); NDS
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nivel 2	QL (120 per 30 days)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	\$0, Nivel 2	QL (56 per 28 days); NDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	\$0, Nivel 2	QL (56 per 28 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nivel 2	QL (90 per 30 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	\$0, Nivel 2	QL (28 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG	\$0, Nivel 2	QL (28 per 28 days); NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Antidemencia		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg	\$0, Nivel 1	
donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml	\$0, Nivel 1	
galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	\$0, Nivel 1	PA
memantine hcl oral solution 2 mg/ml	\$0, Nivel 1	PA
memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	PA
memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg	\$0, Nivel 2	PA
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 &28 -10 MG	\$0, Nivel 2	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0, Nivel 2	
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
rivastigmine tartrate oral capsule 4.5 mg, 6 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
Antidepresivos		
amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0, Nivel 2	
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nivel 2	
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg	\$0, Nivel 1	
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg	\$0, Nivel 1	
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	\$0, Nivel 1	
citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0, Nivel 1	
clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0, Nivel 2	PA
desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0, Nivel 2	
desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (30 per 30 days)
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0, Nivel 2	
doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml	\$0, Nivel 2	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	\$0, Nivel 2	PA
fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0, Nivel 1	
fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml	\$0, Nivel 1	
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nivel 2	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nivel 2	QL (180 per 30 days)
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg	\$0, Nivel 1	
mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg	\$0, Nivel 1	
nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0, Nivel 2	
nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml	\$0, Nivel 2	
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0, Nivel 2	
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (900 per 30 days)
phenelzine sulfate oral tablet 15 mg	\$0, Nivel 1	
protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0, Nivel 2	
sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml	\$0, Nivel 1	
sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg	\$0, Nivel 1	
trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
trimipramine maleate oral capsule 100 mg	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
trimipramine maleate oral capsule 25 mg	\$0, Nivel 2	QL (240 per 30 days)
trimipramine maleate oral capsule 50 mg	\$0, Nivel 2	QL (120 per 30 days)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
TRINTELLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
TRINTELLIX ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nivel 2	QL (120 per 30 days)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	\$0, Nivel 1	
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG	\$0, Nivel 2	
Antipsicóticos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	\$0, Nivel 2	QL (1 per 28 days); NDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	\$0, Nivel 2	QL (1 per 28 days); NDS
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	\$0, Nivel 1	QL (900 per 30 days)
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	\$0, Nivel 2	NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	\$0, Nivel 2	QL (3.9 per 56 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML	\$0, Nivel 2	QL (1.6 per 28 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML	\$0, Nivel 2	QL (2.4 per 28 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML	\$0, Nivel 2	QL (3.2 per 28 days); NDS
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml	\$0, Nivel 1	
chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	\$0, Nivel 2	
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
clozapine oral tablet 100 mg	\$0, Nivel 1	QL (270 per 30 days)
clozapine oral tablet 200 mg	\$0, Nivel 1	QL (135 per 30 days)
clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
clozapine oral tablet dispersible 100 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (270 per 30 days)
clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg	\$0, Nivel 1	PA
clozapine oral tablet dispersible 150 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (180 per 30 days)
clozapine oral tablet dispersible 200 mg	\$0, Nivel 2	PA; QL (135 per 30 days); NDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	\$0, Nivel 2	PA
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	\$0, Nivel 1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	\$0, Nivel 2	QL (0.75 per 28 days); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	\$0, Nivel 2	QL (1 per 28 days); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	\$0, Nivel 2	QL (1.5 per 28 days); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	\$0, Nivel 2	QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	\$0, Nivel 2	QL (0.5 per 28 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.875ML	\$0, Nivel 2	QL (0.875 per 90 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.315ML	\$0, Nivel 2	QL (1.315 per 90 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML	\$0, Nivel 2	QL (1.75 per 90 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.625ML	\$0, Nivel 2	QL (2.625 per 90 days); NDS
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
<i>loxpiprazine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (3 per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0, Nivel 1	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	\$0, Nivel 2	QL (1 per 30 days); NDS
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0, Nivel 1	
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (30 per 30 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (60 per 30 days)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG	\$0, Nivel 2	QL (2 per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 37.5 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	QL (2 per 28 days); NDS
risperidone oral solution 1 mg/ml	\$0, Nivel 1	QL (240 per 30 days)
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	\$0, Nivel 1	
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	
trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (600 per 30 days); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	\$0, Nivel 2	PA
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg	\$0, Nivel 1	QL (6 per 3 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (2 per 28 days); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (1 per 28 days); NDS
Desorden Hiperactivo Y Déficit De Atención		
amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (30 per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (60 per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
atomoxetine hcl oral capsule 40 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (60 per 30 days)
dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (120 per 30 days)
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
METADATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MG	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml	\$0, Nivel 1	PA; QL (900 per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml	\$0, Nivel 1	PA; QL (1800 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (180 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
Diversos		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (28 per 28 days); NDS
lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	\$0, Nivel 2	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 330 mg, 82.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
Hipnóticos		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
Migraña		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (1 per 30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (8 per 30 days); NDS
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (40 per 28 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	\$0, Nivel 1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	\$0, Nivel 1	QL (24 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	\$0, Nivel 1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	\$0, Nivel 1	QL (6 per 30 days)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml	\$0, Nivel 1	QL (6 per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml	\$0, Nivel 1	QL (9 per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml	\$0, Nivel 1	QL (6 per 30 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (16 per 30 days); NDS
zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	QL (12 per 30 days)
zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	QL (12 per 30 days)
Narcolepsia/Cataplexia		
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (30 per 30 days)
armodafinil oral tablet 50 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (540 per 30 days); NDS
Psicoterapéutico, Varios		
acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg	\$0, Nivel 1	
ADIPEX-P CAPSULE 37.5 MG ORAL 37.5 MG	\$0, Nivel 3	DP
ADIPEX-P TABLET 37.5 MG ORAL 37.5 MG	\$0, Nivel 3	DP
benzphetamine hcl tablet 50 mg oral 50 mg	\$0, Nivel 3	DP
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg	\$0, Nivel 1	
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET 1 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (56 per 28 days)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (56 per 28 days)
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42	\$0, Nivel 2	PA; QL (106 per 365 days)
diethylpropion hcl er tablet extended release 24 hour 75 mg oral 75 mg	\$0, Nivel 3	DP
diethylpropion hcl tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nivel 3	DP
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0, Nivel 1	
gnp nicotine mini lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal 14 mg/24hr	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
gnp nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal 21 mg/24hr	\$0, Nivel 3	DP
gnp nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal 7 mg/24hr	\$0, Nivel 3	DP
gnp nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nivel 3	DP
goodsense nicotine gum 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
goodsense nicotine gum 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nivel 3	DP
goodsense nicotine lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
goodsense nicotine lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal 14 mg/24hr	\$0, Nivel 3	DP
hm nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal 21 mg/24hr	\$0, Nivel 3	DP
hm nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal 7 mg/24hr	\$0, Nivel 3	DP
hm nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nivel 3	DP
LOMAIRA TABLET 8 MG ORAL 8 MG	\$0, Nivel 3	DP
naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml	\$0, Nivel 1	
naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml	\$0, Nivel 1	
naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml	\$0, Nivel 1	
naltrexone hcl oral tablet 50 mg	\$0, Nivel 1	
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML	\$0, Nivel 2	
NICODERM CQ PATCH 24 HOUR 14 MG/24HR TRANSDERMAL 14 MG/24HR	\$0, Nivel 3	DP
nicotine kit 21-14-7 mg/24hr transdermal 21-14-7 mg/24hr	\$0, Nivel 3	DP
nicotine mini lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
nicotine mini lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nivel 3	DP
nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal (otc) 14 mg/24hr	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal (otc) 21 mg/24hr	\$0, Nivel 3	DP
nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal (otc) 7 mg/24hr	\$0, Nivel 3	DP
nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nivel 3	DP
nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nivel 3	DP
nicotine step 1 patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal 21 mg/24hr	\$0, Nivel 3	DP
nicotine step 2 patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal 14 mg/24hr	\$0, Nivel 3	DP
nicotine step 3 patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal 7 mg/24hr	\$0, Nivel 3	DP
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0, Nivel 2	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nivel 2	
phendimetrazine tartrate er capsule extended release 24 hour 105 mg oral 105 mg	\$0, Nivel 3	DP
phendimetrazine tartrate tablet 35 mg oral 35 mg	\$0, Nivel 3	DP
phentermine hcl capsule 15 mg oral 15 mg	\$0, Nivel 3	DP
phentermine hcl capsule 30 mg oral 30 mg	\$0, Nivel 3	DP
phentermine hcl capsule 37.5 mg oral 37.5 mg	\$0, Nivel 3	DP
phentermine hcl tablet 37.5 mg oral 37.5 mg	\$0, Nivel 3	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11.25-69 MG ORAL 11.25-69 MG	\$0, Nivel 3	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15-92 MG ORAL 15-92 MG	\$0, Nivel 3	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 3.75-23 MG ORAL 3.75-23 MG	\$0, Nivel 3	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7.5-46 MG ORAL 7.5-46 MG	\$0, Nivel 3	DP
sm nicotine gum 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm nicotine lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal 14 mg/24hr	\$0, Nivel 3	DP
sm nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal 21 mg/24hr	\$0, Nivel 3	DP
sm nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0, Nivel 2	NDS
SUPLEMENTOS NUTRICIONALES		
Diversos		
co q10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
co q-10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
co q10 capsule 30 mg oral 30 mg	\$0, Nivel 3	DP
co q-10 capsule 30 mg oral 30 mg	\$0, Nivel 3	DP
coenzyme q10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
coenzyme q-10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
co-enzyme q10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
co-enzyme q-10 capsule 30 mg oral 30 mg	\$0, Nivel 3	DP
coq10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
coq-10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
coq10 capsule 30 mg oral 30 mg	\$0, Nivel 3	DP
coq-10 capsule 30 mg oral 30 mg	\$0, Nivel 3	DP
coq-10 capsule extended release 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
eql coq10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp co q10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp melatonin maximum strength tablet 5 mg oral 5 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp melatonin tablet 3 mg oral 3 mg	\$0, Nivel 3	DP
H2Q CAPSULE 100 MG ORAL 100 MG	\$0, Nivel 3	DP
hm coq10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
melatonin liquid 1 mg/4ml oral 1 mg/4ml	\$0, Nivel 3	DP
melatonin tablet 1 mg oral 1 mg	\$0, Nivel 3	DP
melatonin tablet 3 mg oral 3 mg	\$0, Nivel 3	DP
Q-SORB CAPSULE 30 MG ORAL 30 MG	\$0, Nivel 3	DP
Q-SORB CO Q-10 CAPSULE 100 MG ORAL 100 MG	\$0, Nivel 3	DP
ra coenzyme q-10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm coenzyme q-10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
yl coenzyme q10 capsule 30 mg oral 30 mg	\$0, Nivel 3	DP
Electrolitos/Minerales, Inyectables		
dextrose 5%/electrolyte #48 intravenous solution	\$0, Nivel 2	
dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %	\$0, Nivel 1	
dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %	\$0, Nivel 2	
dextrose-nacl intravenous solution 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %	\$0, Nivel 1	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nivel 2	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nivel 2	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nivel 2	
kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%	\$0, Nivel 1	
kcl in dextrose-nacl intravenous solution 40-5-0.9 meq/l-%-%	\$0, Nivel 2	
lactated ringers intravenous solution	\$0, Nivel 1	
magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gm/100ml-%	\$0, Nivel 2	
magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)	\$0, Nivel 2	
magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml	\$0, Nivel 2	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nivel 2	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nivel 2	
potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%	\$0, Nivel 1	
potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%	\$0, Nivel 1	
potassium chloride in nacl intravenous solution 40-0.9 meq/l-%	\$0, Nivel 2	
potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous 20-0.45 meq/l-%	\$0, Nivel 1	
potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous 20-0.45 meq/l-%	\$0, Nivel 2	
potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml	\$0, Nivel 1	
potassium chloride intravenous solution 10 meq/50ml, 20 meq/50ml	\$0, Nivel 2	
sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml	\$0, Nivel 1	
sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %	\$0, Nivel 1	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	\$0, Nivel 2	B/D
Electrolitos/Minerales/Vitaminas Orales		
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0, Nivel 1	
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	\$0, Nivel 1	
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	\$0, Nivel 1	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	\$0, Nivel 1	
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	\$0, Nivel 1	
<i>m-natal plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	\$0, Nivel 1	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	\$0, Nivel 1	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0, Nivel 1	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	\$0, Nivel 1	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	\$0, Nivel 1	
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	\$0, Nivel 1	
TRICARE ORAL TABLET	\$0, Nivel 2	
Electrolitos		
<i>gnp pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
ORALYTE FREEZER POPS SOLUTION ORAL	\$0, Nivel 3	DP
ORALYTE SOLUTION ORAL	\$0, Nivel 3	DP
<i>ped electrolyte freezer pops solution oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
Minerales		
CALCI-CHEW TABLET CHEWABLE 1250 (500 CA) MG ORAL 1250 (500 CA) MG	\$0, Nivel 3	DP
CALCITRATE TABLET 315-250 MG-UNIT ORAL 315-250 MG-UNIT	\$0, Nivel 3	DP
CALCITRATE TABLET 950 (200 CA) MG ORAL 950 (200 CA) MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>calcium 500 + d tablet 500-125 mg-unit oral 500-125 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>calcium 500/d tablet 500-200 mg-unit oral 500-200 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
calcium 500/d tablet chewable 500-400 mg-unit oral 500-400 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
calcium 500/vitamin d tablet 500-125 mg-unit oral 500-125 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
calcium 600 tablet 1500 (600 ca) mg oral 1500 (600 ca) mg	\$0, Nivel 3	DP
calcium 600 tablet 600 mg oral 600 mg	\$0, Nivel 3	DP
calcium 600+d tablet 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
calcium 600-d tablet 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
calcium carb-cholecalciferol tablet 250-125 mg-unit oral 250-125 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
calcium carb-cholecalciferol tablet 600-200 mg-unit oral 600-200 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
calcium carb-cholecalciferol tablet 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
calcium carbonate antacid suspension 1250 mg/5ml oral 1250 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
calcium carbonate powder (otc)	\$0, Nivel 3	DP
calcium carbonate tablet 1500 (600 ca) mg oral 1500 (600 ca) mg	\$0, Nivel 3	DP
calcium high potency tablet 1500 (600 ca) mg oral 1500 (600 ca) mg	\$0, Nivel 3	DP
calcium high potency/vitamin d tablet 600-200 mg-unit oral 600-200 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
calcium tablet chewable 500-100 mg-unit oral 500-100 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
calcium-folic acid plus d wafer 1342-1 mg oral 1342-1 mg	\$0, Nivel 3	DP
calcium-vitamin d3 tablet 250-125 mg-unit oral 250-125 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
citrus calcium +d tablet 315-250 mg-unit oral 315-250 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
citrus calcium/vitamin d tablet 200-250 mg-unit oral 200-250 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
gnp calcium 500 +d3 tablet 500-600 mg-unit oral 500-600 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
gnp calcium citrate +d3 tablet 315-250 mg-unit oral 315-250 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
gnp calcium tablet 1500 (600 ca) mg oral 1500 (600 ca) mg	\$0, Nivel 3	DP
hm zinc tablet 50 mg oral 50 mg	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
magdelay tablet delayed release 70 mg oral 70 mg	\$0, Nivel 3	DP
mag-g tablet 500 (27 mg) mg oral 500 (27 mg) mg	\$0, Nivel 3	DP
MAGNEBIND 300 TABLET 250-300 MG ORAL 250-300 MG	\$0, Nivel 3	DP
MAGNEBIND 400 TABLET 80-115 MG ORAL 80-115 MG	\$0, Nivel 3	DP
magnesium 27 tablet 500 (27 mg) mg oral 500 (27 mg) mg	\$0, Nivel 3	DP
magnesium chloride tablet delayed release 64 mg oral 64 mg	\$0, Nivel 3	DP
magnesium oxide tablet 400 (240 mg) mg oral 400 (240 mg) mg	\$0, Nivel 3	DP
magnesium oxide tablet 400 (241.3 mg) mg oral 400 (241.3 mg) mg	\$0, Nivel 3	DP
magnesium oxide tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
magnesium tablet 250 mg oral 250 mg	\$0, Nivel 3	DP
manganese chloride solution 0.1 mg/ml intravenous 0.1 mg/ml	\$0, Nivel 3	DP
NU-MAG TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG ORAL 71.5-119 MG	\$0, Nivel 3	DP
OS-CAL TABLET CHEWABLE 500-600 MG-UNIT ORAL 500-600 MG-UNIT	\$0, Nivel 3	DP
OYSCO 500 TABLET 500 MG ORAL 500 MG	\$0, Nivel 3	DP
OYSCO 500+D TABLET 500-200 MG-UNIT ORAL 500-200 MG-UNIT	\$0, Nivel 3	DP
oyster shell calcium 500 + d tablet 500-125 mg-unit oral 500-125 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
oyster shell calcium tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
oyster shell calcium tablet 500-400 mg-unit oral 500-400 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
oyster shell calcium w/d tablet 500-200 mg-unit oral 500-200 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
oyster shell calcium/d tablet 500-200 mg-unit oral 500-200 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
oyster shell calcium/d tablet 500-400 mg-unit oral 500-400 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
oyster shell calcium/vitamin d tablet 500-200 mg-unit oral 500-200 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
sb oyster shell calcium tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm calcium 600/vitamin d tablet 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP
sm calcium citrate w/vit d3 tablet 315-250 mg-unit oral 315-250 mg-unit	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm calcium-magnesium-zinc tablet 333-133-5 mg oral 333-133-5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm magnesium tablet 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm oyster shell calcium/vit d3 tablet 500-400 mg-unit oral 500-400 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm zinc gluconate tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>zinc gluconate tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>zinc sulfate tablet 220 (50 zn) mg oral 220 (50 zn) mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>zinc tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
Nutrición Iv		
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 7 %	\$0, Nivel 2	B/D
<i>chromic chloride solution 40 mcg/10ml intravenous 40 mcg/10ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0, Nivel 2	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0, Nivel 2	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0, Nivel 2	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0, Nivel 2	B/D
<i>clinimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %</i>	\$0, Nivel 2	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %</i>	\$0, Nivel 2	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/14) intravenous solution 8 %</i>	\$0, Nivel 2	B/D
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0, Nivel 1	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0, Nivel 2	B/D
<i>cupric chloride solution 0.4 mg/ml intravenous 0.4 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>dextrose intravenous solution 50 %, 70 %</i>	\$0, Nivel 1	B/D
FREAMINE HBC INTRAVENOUS SOLUTION 6.9 %	\$0, Nivel 2	B/D
FREAMINE III INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nivel 2	B/D
HEPATAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	\$0, Nivel 2	B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0, Nivel 2	B/D
MULTITRACE-4 NEONATAL SOLUTION 100-25-1500 MCG/ML INTRAVENOUS 100-25-1500 MCG/ML	\$0, Nivel 3	DP
MULTITRACE-4 PEDIATRIC SOLUTION 1-100-25-1000 MCG/ML INTRAVENOUS 1-100-25-1000 MCG/ML	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>multitrace-5 concentrate solution 10-1000-500-60 mcg/ml intravenous 10-1000-500-60 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
MULTITRACE-5 SOLUTION 4-400-100-20 MCG/ML INTRAVENOUS 4-400-100-20 MCG/ML	\$0, Nivel 3	DP
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0, Nivel 2	B/D
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0, Nivel 1	B/D
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nivel 2	B/D
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	\$0, Nivel 2	B/D
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0, Nivel 2	B/D
<i>selenious acid solution 60 mcg/ml intravenous 60 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
TRALEMENT SOLUTION 300-55-60-3000 MCG/ML INTRAVENOUS 300-55-60-3000 MCG/ML	\$0, Nivel 3	DP
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nivel 2	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nivel 2	B/D
<i>zinc chloride solution 1 mg/ml intravenous 1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
Vitaminas		
ANIMAL SHAPES TABLET CHEWABLE WITH C & FA ORAL WITH C & FA	\$0, Nivel 3	DP
<i>animal shapes/iron tablet chewable 18 mg oral 18 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
ANIMI-3 CAPSULE 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nivel 3	DP
ANIMI-3/VITAMIN D CAPSULE 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nivel 3	DP
AQUADEKS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
<i>aqueous vitamin d liquid 10 mcg/ml oral 10 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
ascorbic acid tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
<i>b complex capsule oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>b complex-c tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>b-1 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>b-12 tr tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>b-complex/b-12 tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>biotin capsule 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>biotin capsule 5000 mcg oral 5000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>biotin tablet 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>bp vit 3 capsule 1 mg oral 1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>c 250 tablet 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>c-1000 tablet extended release 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>c-1000/rose hips tablet 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>c-500 tablet extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
CARDIOTEK RX TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
centamin liquid oral	\$0, Nivel 3	DP
CEROVITE JR TABLET CHEWABLE 18 MG ORAL 18 MG	\$0, Nivel 3	DP
chewable vite childrens tablet chewable oral	\$0, Nivel 3	DP
childrens animal shapes tablet chewable 18 mg oral 18 mg	\$0, Nivel 3	DP
childrens chewable vitamins tablet chewable oral	\$0, Nivel 3	DP
classic prenatal tablet 28-0.8 mg oral 28-0.8 mg	\$0, Nivel 3	DP
cod liver oil capsule 4000-200 unit oral 4000-200 unit	\$0, Nivel 3	DP
CORVITA TABLET 1.25 MG ORAL 1.25 MG	\$0, Nivel 3	DP
cvs b-1 tablet 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
cvs vitamin b-12 tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg	\$0, Nivel 3	DP
cyanocobalamin solution 1000 mcg/ml injection 1000 mcg/ml	\$0, Nivel 3	DP
d 1000 tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)	\$0, Nivel 3	DP
d 400 tablet 10 mcg (400 unit) oral 10 mcg (400 unit)	\$0, Nivel 3	DP
d 5000 tablet 125 mcg (5000 ut) oral 125 mcg (5000 ut)	\$0, Nivel 3	DP
d3 high potency capsule 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)	\$0, Nivel 3	DP
d3 super strength capsule 50 mcg (2000 ut) oral 50 mcg (2000 ut)	\$0, Nivel 3	DP
daily vitamins tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
daily-vite tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
daily-vite/iron/beta-carotene tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
DECARA CAPSULE 1.25 MG (50000 UT) ORAL 1.25 MG (50000 UT)	\$0, Nivel 3	DP
DECARA CAPSULE 250 MCG (10000 UT) ORAL 250 MCG (10000 UT)	\$0, Nivel 3	DP
DECARA CAPSULE 625 MCG (25000 UT) ORAL 625 MCG (25000 UT)	\$0, Nivel 3	DP
DERMACINRX PUREFOLIX TABLET 1-5000 MG-UNIT ORAL 1-5000 MG-UNIT	\$0, Nivel 3	DP
DIALYVITE 3000 TABLET 3 MG ORAL 3 MG	\$0, Nivel 3	DP
DIALYVITE 5000 TABLET 5 MG ORAL 5 MG	\$0, Nivel 3	DP
DIALYVITE 800 TABLET 0.8 MG ORAL 0.8 MG	\$0, Nivel 3	DP
DIALYVITE 800/ZINC TABLET 0.8 MG ORAL 0.8 MG	\$0, Nivel 3	DP
DIALYVITE 800-ZINC 15 TABLET 0.8 MG ORAL 0.8 MG	\$0, Nivel 3	DP
DIALYVITE SUPREME D TABLET 3 MG ORAL 3 MG	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
DIALYVITE TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
DIALYVITE VITAMIN D 5000 CAPSULE 125 MCG (5000 UT) ORAL 125 MCG (5000 UT)	\$0, Nivel 3	DP
DIALYVITE/ZINC TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
DRISDOL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT) ORAL 1.25 MG (50000 UT)	\$0, Nivel 3	DP
e-400 capsule 400 unit oral 400 unit	\$0, Nivel 3	DP
ELDERTONIC LIQUID ORAL	\$0, Nivel 3	DP
ENDUR-C TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG ORAL 1000 MG	\$0, Nivel 3	DP
ENDUR-C TABLET EXTENDED RELEASE 500 MG ORAL 500 MG	\$0, Nivel 3	DP
eql b complex 50 tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
ergocalciferol capsule 1.25 mg (50000 ut) oral 1.25 mg (50000 ut)	\$0, Nivel 3	DP
ergocalciferol solution 200 mcg/ml oral 200 mcg/ml	\$0, Nivel 3	DP
ESTER-C TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
fabb tablet 2.2-25-1 mg oral 2.2-25-1 mg	\$0, Nivel 3	DP
FLORIVA PLUS SOLUTION 0.25 MG/ML ORAL 0.25 MG/ML	\$0, Nivel 3	DP
folic acid solution 5 mg/ml injection 5 mg/ml	\$0, Nivel 3	DP
folic acid tablet 1 mg oral (rx) 1 mg	\$0, Nivel 3	DP
folic acid tablet 400 mcg oral 400 mcg	\$0, Nivel 3	DP
folic acid tablet 800 mcg oral 800 mcg	\$0, Nivel 3	DP
folite tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
FOLIXAPURE TABLET 1-5000 MG-UNIT ORAL 1-5000 MG-UNIT	\$0, Nivel 3	DP
FOLTABS 800 TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG ORAL 800-10-115 MCG-MG-MCG	\$0, Nivel 3	DP
FOLTRATE TABLET 500-1 MCG-MG ORAL 500-1 MCG-MG	\$0, Nivel 3	DP
FOLTREXYL TABLET 1-5000 MG-UNIT ORAL 1-5000 MG-UNIT	\$0, Nivel 3	DP
gnp childrens complete tablet chewable oral	\$0, Nivel 3	DP
gnp essential one daily tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
gnp healthy eyes supervision capsule oral	\$0, Nivel 3	DP
gnp little ones childrens tablet chewable oral	\$0, Nivel 3	DP
gnp one daily plus iron tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
gnp prenatal tablet 28-0.8 mg oral 28-0.8 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp vitamin c drops lozenge 60 mg mouth/throat 60 mg	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
gnp vitamin c tablet extended release 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
gnp vitamin d-400 tablet 10 mcg (400 unit) oral 10 mcg (400 unit)	\$0, Nivel 3	DP
hm niacin tablet extended release 250 mg oral 250 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm vitamin b100 complex tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
hm vitamin b12 tablet extended release 1000 mcg oral 1000 mcg	\$0, Nivel 3	DP
hm vitamin b-12 tr tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg	\$0, Nivel 3	DP
hm vitamin b50 complex tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
hm vitamin c tr tablet extended release 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
hm vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral 450 mg (1000 ut)	\$0, Nivel 3	DP
hm vitamin e capsule 90 mg (200 unit) oral 90 mg (200 unit)	\$0, Nivel 3	DP
hydroxocobalamin acetate solution 1000 mcg/ml intramuscular 1000 mcg/ml	\$0, Nivel 3	DP
ICAPS CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN TABLET DELAYED RELEASE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
INFUVITE ADULT INJECTABLE INTRAVENOUS	\$0, Nivel 3	DP
INFUVITE PEDIATRIC SOLUTION INTRAVENOUS	\$0, Nivel 3	DP
I-methylfolate calcium tablet 15 mg oral 15 mg	\$0, Nivel 3	DP
I-methylfolate calcium tablet 7.5 mg oral 7.5 mg	\$0, Nivel 3	DP
I-methylfolate-b6-b12 tablet 3-35-2 mg oral 3-35-2 mg	\$0, Nivel 3	DP
I-methyl-mc nac tablet 6-2-600 mg oral 6-2-600 mg	\$0, Nivel 3	DP
I-methyl-mc tablet 6-1-50-5 mg oral 6-1-50-5 mg	\$0, Nivel 3	DP
M.V.I. ADULT INJECTABLE INTRAVENOUS	\$0, Nivel 3	DP
M.V.I. PEDIATRIC SOLUTION RECONSTITUTED INTRAVENOUS	\$0, Nivel 3	DP
MAXIMUM D3 CAPSULE 325 MCG (13000 UT) ORAL 325 MCG (13000 UT)	\$0, Nivel 3	DP
MEPHYTON TABLET 5 MG ORAL 5 MG	\$0, Nivel 3	DP
multiple vitamins essential tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
multi-vit/iron/fluoride solution 0.25-10 mg/ml oral 0.25-10 mg/ml	\$0, Nivel 3	DP
multivitamin/fluoride solution 0.25 mg/ml oral (otc) 0.25 mg/ml	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>multivitamin/fluoride solution 0.25 mg/ml oral (rx) 0.25 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>multivitamin/fluoride solution 0.5 mg/ml oral (otc) 0.5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>multivitamin/fluoride solution 0.5 mg/ml oral (rx) 0.5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>multivitamin/fluoride tablet chewable 0.25 mg oral (rx) 0.25 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>multivitamin/fluoride tablet chewable 0.5 mg oral 0.5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>multivitamin/fluoride tablet chewable 1 mg oral 1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>multivitamin/fluoride/iron solution 0.25-10 mg/ml oral (rx) 0.25-10 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>multi-vitamins tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
MVC-FLUORIDE TABLET CHEWABLE 0.25 MG ORAL 0.25 MG	\$0, Nivel 3	DP
MVC-FLUORIDE TABLET CHEWABLE 0.5 MG ORAL 0.5 MG	\$0, Nivel 3	DP
MVC-FLUORIDE TABLET CHEWABLE 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nivel 3	DP
NASCOBAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML NASAL 500 MCG/0.1ML	\$0, Nivel 3	DP
NEPHPLEX RX TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
<i>niacin er capsule extended release 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>niacin er capsule extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>niacin tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>niacinamide tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
NICOMIDE TABLET 750-27-2-0.5 MG ORAL 750-27-2-0.5 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>norwegian cod liver oil capsule oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON SOLUTION 10 MG/ML ORAL 10 MG/ML	\$0, Nivel 3	DP
OCUVITE ADULT 50+ CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
OCUVITE ADULT FORMULA CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
<i>once daily tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>once daily/iron tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>one daily tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>pan-c 500/bioflavonoids tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>phytonadione solution 1 mg/0.5ml injection 1 mg/0.5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>phytonadione solution 10 mg/ml injection 10 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
phytonadione tablet 5 mg oral 5 mg	\$0, Nivel 3	DP
poly vitamin tablet chewable oral	\$0, Nivel 3	DP
polyvitamin/iron tablet chewable oral	\$0, Nivel 3	DP
prenatal tablet 27-0.8 mg oral (otc) 27-0.8 mg	\$0, Nivel 3	DP
prenatal vitamins tablet 28-0.8 mg oral 28-0.8 mg	\$0, Nivel 3	DP
PRESERVISION AREDS 2 CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
PRESERVISION AREDS CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
PRESERVISION/LUTEIN CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
pyridoxine hcl solution 100 mg/ml injection 100 mg/ml	\$0, Nivel 3	DP
pyridoxine hcl tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nivel 3	DP
pyridoxine hcl tablet 50 mg oral 50 mg	\$0, Nivel 3	DP
ra balanced b-100 tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
ra balanced b-50 tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
ra vitamin b-1 tablet 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
ra vitamin b12 tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg	\$0, Nivel 3	DP
ra vitamin c cr tablet extended release 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
RENAL CAPSULE 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nivel 3	DP
rena-vite tablet oral (otc)	\$0, Nivel 3	DP
reno caps capsule 1 mg oral (otc) 1 mg	\$0, Nivel 3	DP
reno caps capsule 1 mg oral (rx) 1 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm animal shapes kids first tablet chewable oral	\$0, Nivel 3	DP
sm b100 complex tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
sm balanced b-50 tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
sm b-complex tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
sm chewable c tablet chewable 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm folic acid tablet 400 mcg oral 400 mcg	\$0, Nivel 3	DP
sm multiple vitamins essential tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
sm multiple vitamins/iron tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
sm super b complex/c tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
sm vit c/rose hips tablet 1000 mg oral 1000 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm vitamin b1 tablet 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm vitamin b-12 tablet 100 mcg oral 100 mcg	\$0, Nivel 3	DP
sm vitamin b-12 tablet 500 mcg oral 500 mcg	\$0, Nivel 3	DP
sm vitamin b12 tr tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg	\$0, Nivel 3	DP
sm vitamin b-6 tablet 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
sm vitamin c cr tablet extended release 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm vitamin c tablet 1000 mg oral 1000 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm vitamin c tablet 250 mg oral 250 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm vitamin c tablet chewable 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
sm vitamin d3 tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)	\$0, Nivel 3	DP
sm vitamin e capsule 1000 unit oral 1000 unit	\$0, Nivel 3	DP
sm vitamin e capsule 200 unit oral 200 unit	\$0, Nivel 3	DP
sm vitamin e capsule 400 unit oral 400 unit	\$0, Nivel 3	DP
span c tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
stress formula tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
stress formula/iron tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
STROVITE FORTE TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
STROVITE ONE TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
SUPER NU-THERA LIQUID ORAL	\$0, Nivel 3	DP
SUPER QINTS B-50 TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
superplex-t tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
TAB-A-VITE TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
tab-a-vite/iron tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
THERA TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
THEREMS TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
thiamine hcl solution 100 mg/ml injection 100 mg/ml	\$0, Nivel 3	DP
thiamine hcl tablet 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
thiamine mononitrate tablet 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
thrivite 19 tablet 1 mg oral 1 mg	\$0, Nivel 3	DP
total b/c tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
triphrocaps capsule 1 mg oral 1 mg	\$0, Nivel 3	DP
tri-vitamin/fluoride solution 0.25 mg/ml oral 0.25 mg/ml	\$0, Nivel 3	DP
tri-vitamin/fluoride solution 0.5 mg/ml oral 0.5 mg/ml	\$0, Nivel 3	DP
UDAMIN SP TABLET 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nivel 3	DP
virt-caps capsule 1 mg oral 1 mg	\$0, Nivel 3	DP
VIRT-GARD TABLET 2.2-25-1 MG ORAL 2.2-25-1 MG	\$0, Nivel 3	DP
vita-bee/c tablet oral	\$0, Nivel 3	DP
VITAFOL TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
VITAL-D RX TABLET 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
vitamin a capsule 3 mg (10000 ut) oral 3 mg (10000 ut)	\$0, Nivel 3	DP
vitamin b-1 tablet 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
vitamin b-1 tablet 50 mg oral 50 mg	\$0, Nivel 3	DP
vitamin b-12 er tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg	\$0, Nivel 3	DP
vitamin b-12 tablet 100 mcg oral 100 mcg	\$0, Nivel 3	DP
vitamin b-12 tablet 1000 mcg oral 1000 mcg	\$0, Nivel 3	DP
vitamin b-12 tablet 250 mcg oral 250 mcg	\$0, Nivel 3	DP
vitamin b-12 tablet 500 mcg oral 500 mcg	\$0, Nivel 3	DP
vitamin b12 tr tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg	\$0, Nivel 3	DP
vitamin b-6 tablet 100 mg oral 100 mg	\$0, Nivel 3	DP
vitamin b-6 tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nivel 3	DP
vitamin c er capsule extended release 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
vitamin c er tablet extended release 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
vitamin c tablet 1000 mg oral 1000 mg	\$0, Nivel 3	DP
vitamin c tablet 250 mg oral 250 mg	\$0, Nivel 3	DP
vitamin c tablet chewable 250 mg oral 250 mg	\$0, Nivel 3	DP
vitamin c tablet chewable 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
vitamin c/rose hips tr tablet extended release 1000 mg oral 1000 mg	\$0, Nivel 3	DP
vitamin c-rose hips er tablet extended release 1000 mg oral 1000 mg	\$0, Nivel 3	DP
vitamin c-rose hips er tablet extended release 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
vitamin c-rose hips tr tablet extended release 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
vitamin d (cholecalciferol) capsule 10 mcg (400 unit) oral 10 mcg (400 unit)	\$0, Nivel 3	DP
vitamin d (cholecalciferol) capsule 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)	\$0, Nivel 3	DP
vitamin d (ergocalciferol) capsule 1.25 mg (50000 ut) oral 1.25 mg (50000 ut)	\$0, Nivel 3	DP
vitamin d capsule 50 mcg (2000 ut) oral 50 mcg (2000 ut)	\$0, Nivel 3	DP
vitamin d liquid 10 mcg/ml oral 10 mcg/ml	\$0, Nivel 3	DP
vitamin d tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
vitamin d tablet 50 mcg (2000 ut) oral 50 mcg (2000 ut)	\$0, Nivel 3	DP
vitamin d3 capsule 125 mcg (5000 ut) oral 125 mcg (5000 ut)	\$0, Nivel 3	DP
vitamin d3 capsule 250 mcg (10000 ut) oral 250 mcg (10000 ut)	\$0, Nivel 3	DP
vitamin d3 capsule 50 mcg (2000 ut) oral 50 mcg (2000 ut)	\$0, Nivel 3	DP
vitamin d3 tablet 10 mcg (400 unit) oral 10 mcg (400 unit)	\$0, Nivel 3	DP
vitamin d3 tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)	\$0, Nivel 3	DP
vitamin d3 tablet 50 mcg (2000 ut) oral 50 mcg (2000 ut)	\$0, Nivel 3	DP
vitamin e capsule 100 unit oral 100 unit	\$0, Nivel 3	DP
vitamin e capsule 200 unit oral 200 unit	\$0, Nivel 3	DP
vitamin e capsule 400 unit oral 400 unit	\$0, Nivel 3	DP
vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral 450 mg (1000 ut)	\$0, Nivel 3	DP
vitamin k1 solution 1 mg/0.5ml injection 1 mg/0.5ml	\$0, Nivel 3	DP
vitamin k1 solution 10 mg/ml injection 10 mg/ml	\$0, Nivel 3	DP
vitamins acd-fluoride solution 0.25 mg/ml oral 0.25 mg/ml	\$0, Nivel 3	DP
vitamins for hair capsule oral	\$0, Nivel 3	DP
VITREXYL + IRON TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
VITREXYL TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
vp-vite rx tablet 1 mg oral 1 mg	\$0, Nivel 3	DP
westab mini tablet 2.2-25-1 mg oral 2.2-25-1 mg	\$0, Nivel 3	DP
zoo friends complete tablet chewable oral	\$0, Nivel 3	DP
zoo friends gummies tablet chewable oral	\$0, Nivel 3	DP
zoo friends tablet chewable oral	\$0, Nivel 3	DP

TÓPICOS

Agentes Para Boca/Garganta/Dentales

CEPACOL SORE THROAT & COUGH LOZENGE 5-7.5 MG MOUTH/THROAT 5-7.5 MG	\$0, Nivel 3	DP
cevimeline hcl oral capsule 30 mg	\$0, Nivel 1	
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %	\$0, Nivel 1	
clotrimazole mouth/throat troche 10 mg	\$0, Nivel 1	QL (150 per 30 days)
lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %	\$0, Nivel 1	
nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ORASEP SOLUTION 2-0.5-0.1 % MOUTH/THROAT 2-0.5-0.1 %	\$0, Nivel 3	DP
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0, Nivel 1	
PERIOMED CONCENTRATE 0.63 % MOUTH/THROAT 0.63 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	
Dermatología, Acné		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nivel 1	PA
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0, Nivel 1	PA
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %	\$0, Nivel 1	PA; QL (45 per 30 days)
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %	\$0, Nivel 1	PA; QL (45 per 30 days)
BENZEPRO FOAM 5.3 % EXTERNAL 5.3 %	\$0, Nivel 3	DP
BENZEPRO SHORT CONTACT FOAM 9.8 % EXTERNAL 9.8 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (46.6 per 30 days)
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nivel 1	PA
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (75 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>ery external pad 2 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nivel 1	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (118 per 30 days)
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (45 per 30 days)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (45 per 30 days)
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nivel 1	PA
Dermatología, Agentes Para El Cuidado De Heridas		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0, Nivel 2	QL (180 per 30 days)
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sterile water for irrigation irrigation solution</i>	\$0, Nivel 1	
Dermatología, Anestésicos Locales		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %	\$0, Nivel 1	PA; QL (60 per 30 days)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (50 per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (3 per 1 day)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (50 per 30 days)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (30 per 30 days)
Dermatología, Antibióticos		
<i>bacitracin ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external (otc) 500 unit/gm</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>first aid antibiotic ointment 3.5-400-5000 mg-unit external 3.5-400-5000 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>gnp bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp triple antibiotic ointment external</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp triple antibiotic plus ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm triple antibiotic max st ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external 3.5-400-5000</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (220 per 30 days)
<i>qc triple antibiotic max st ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sm antibiotic ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm triple antibiotic max st ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external 3.5-400-5000</i>	\$0, Nivel 3	DP
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	\$0, Nivel 1	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	\$0, Nivel 2	QL (453.6 per 30 days)
<i>triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external 3.5-400-5000</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>triple antibiotic plus ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>triple antibiotic+pain relief ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
Dermatología, Anticuerpos		
<i>ALOE VESTA CLEAR ANTIFUNGAL OINTMENT 2 % EXTERNAL 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>antifungal (tolnaftate) cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>antifungal clotrimazole cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>anti-fungal cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>antifungal cream 2 % external 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>anti-fungal powder 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>antifungal powder 2 % external 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>anti-itch cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>athletes foot (terbinafine) cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>athletes foot powder spray aerosol powder 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>athletes foot spray aerosol 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>BANOPHEN CREAM 2-0.1 % EXTERNAL 2-0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>baza antifungal cream 2 % external 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>benzoin tincture external (otc)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>butenafine hcl cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>CARRINGTON ANTIFUNGAL CREAM 2 % EXTERNAL 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>castellani paint modified liquid 1.5 % external 1.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>clotrimazole anti-fungal cream 1 % external (otc) 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>clotrimazole athletes foot cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (otc) 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (45 per 30 days)
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>clotrimazole solution 1 % external (otc) 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (45 per 30 days)
<i>DESENEX POWDER 2 % EXTERNAL 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>diphenhydramine-zinc acetate cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>FUNGOID TINCTURE SOLUTION 2 % EXTERNAL 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp anti-itch cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp athletes foot cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp terbinafine hydrochloride cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp tolnaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>itch relief extra strength cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>miconazole nitrate cream 2 % external (otc) 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
MICRO GUARD POWDER 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nivel 3	DP
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>qc anti-itch extra strength cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc tolnaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
REMEDY ANTIFUNGAL CREAM 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nivel 3	DP
REMEDY PHYTOPLEX ANTIFUNGAL POWDER 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm antifungal clotrimazole cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm antifungal miconazole cream 2 % external 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm antifungal tolnaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm anti-itch extra strength cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm athletes foot cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
SOOTHE & COOL INZO ANTIFUNGAL CREAM 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>terbinafine hcl cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tolnaftate antifungal cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tolnaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tolnaftate powder 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
ZEASORB-AF POWDER 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nivel 3	DP
Dermatología, Antipsoriáticos		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (120 per 30 days)
CALCITRENE EXTERNAL OINTMENT 0.005 %	\$0, Nivel 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (60 per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days)
Dermatología, Antiseborreicos		
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
Dermatología, Corticosteroides		
<i>ala-cort external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (50 per 30 days)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %	\$0, Nivel 2	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (118.28 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (118.28 per 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (50 per 30 days)
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (50 per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (454 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
TRIDERM EXTERNAL CREAM 0.5 %	\$0, Nivel 1	
Dermatología, Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>cvs lice treatment liquid 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>eq lice killing max st shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp lice treatment liquid 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp lice treatment shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm lice killing max st shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm lice treatment liquid 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>lice killing maximum strength shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>lice killing shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>lice killing shampoo 4-0.33 % external 4-0.33 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>lice treatment lotion 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (59 per 30 days)
<i>permethrin external cream 5 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
RID LICE KILLING SHAMPOO SHAMPOO 0.33-4 % EXTERNAL 0.33-4 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>sb lice killing max st shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm lice killing max strength shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm lice solution kit kit 0.33-4-0.5 % combination 0.33-4-0.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm lice treatment lotion 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
Dermatología, Varios Para La Piel Y Membranas Mucosas		
<i>ammonium lactate cream 12 % external (otc) 12 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (otc) 12 %</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
antiseptic skin cleanser solution 4 % external 4 %	\$0, Nivel 3	DP
arthritis pain relieving cream 0.075 % external 0.075 %	\$0, Nivel 3	DP
calamine phenolated lotion external	\$0, Nivel 3	DP
calamine-zinc oxide lotion 8-8 % external 8-8 %	\$0, Nivel 3	DP
CALMOSEPTINE OINTMENT 0.44-20.6 % EXTERNAL 0.44-20.6 %	\$0, Nivel 3	DP
capsaicin cream 0.025 % external 0.025 %	\$0, Nivel 3	DP
capsaicin cream 0.1 % external 0.1 %	\$0, Nivel 3	DP
CLORPACTIN POWDER 2 GM 2 GM	\$0, Nivel 3	DP
diclofenac sodium external gel 1 %	\$0, Nivel 1	PA; QL (1000 per 30 days)
DYNA-HEX 4 SOLUTION 4 % EXTERNAL 4 %	\$0, Nivel 3	DP
fluorouracil external cream 5 %	\$0, Nivel 1	QL (40 per 30 days)
fluorouracil external solution 2 %, 5 %	\$0, Nivel 1	QL (10 per 30 days)
gnp antiseptic skin cleanser solution 4 % external 4 %	\$0, Nivel 3	DP
gnp capsaicin liquid 0.15 % external 0.15 %	\$0, Nivel 3	DP
gnp zinc oxide ointment 20 % external 20 %	\$0, Nivel 3	DP
hm antiseptic skin cleanser solution 4 % external 4 %	\$0, Nivel 3	DP
hm povidone-iodine solution 10 % external 10 %	\$0, Nivel 3	DP
hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %	\$0, Nivel 1	
imiquimod external cream 5 %	\$0, Nivel 1	QL (24 per 30 days)
KERR TRIPLE DYE SWABS SWAB EXTERNAL	\$0, Nivel 3	DP
lidocaine pain relief patch 4 % external 4 %	\$0, Nivel 3	DP
lidocaine pain relieving patch 4 % external 4 %	\$0, Nivel 3	DP
metronidazole external cream 0.75 %	\$0, Nivel 1	QL (45 per 30 days)
metronidazole external gel 0.75 %	\$0, Nivel 1	QL (45 per 30 days)
metronidazole external lotion 0.75 %	\$0, Nivel 1	QL (59 per 30 days)
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
PENTRAVAN CREAM EXTERNAL	\$0, Nivel 3	DP
PENTRAVAN PLUS CREAM EXTERNAL	\$0, Nivel 3	DP
podofilox external solution 0.5 %	\$0, Nivel 1	QL (7 per 28 days)
povidone-iodine ointment 10 % external 10 %	\$0, Nivel 3	DP
povidone-iodine solution 10 % external 10 %	\$0, Nivel 3	DP
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0, Nivel 1	
PROCTO-PAK EXTERNAL CREAM 1 %	\$0, Nivel 1	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0, Nivel 1	
qc calamine lotion external	\$0, Nivel 3	DP
qc povidone iodine solution 10 % external 10 %	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
ROSADAN EXTERNAL CREAM 0.75 %	\$0, Nivel 1	QL (45 per 30 days)
<i>sm antiseptic skin cleanser solution 4 % external 4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm calamine lotion external</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm calamine phenolated lotion external</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm povidone-iodine solution 10 % external 10 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (100 per 30 days)
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 %	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
XERAC AC SOLUTION 6.25 % EXTERNAL 6.25 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>zinc oxide ointment 20 % external 20 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
ZOSTRIX HP CREAM 0.1 % EXTERNAL 0.1 %	\$0, Nivel 3	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF CREAM 0.033 % EXTERNAL 0.033 %	\$0, Nivel 3	DP
Óticos		
<i>ear drops solution 6.5 % otic 6.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp earwax removal drops solution 6.5 % otic 6.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp earwax removal kit solution 6.5 % otic 6.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm earwax removal aid solution 6.5 % otic 6.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm earwax removal kit solution 6.5 % otic 6.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm ear drops solution 6.5 % otic 6.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **DP** = Medicamento no corresponde a la Parte D

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

12 hour decongestant.....	91	all day allergy.....	85	amphotericin b.....	37
12 hour nasal decongestant.....	91	all day allergy childrens.....	85	ampicillin.....	43
12 hour nasal spray.....	91	all day allergy d.....	91	ampicillin sodium.....	43
24hr allergy relief.....	85	all day allergy-d.....	91	ampicillin-sulbactam sodium.....	43
3 day vaginal.....	75	all-day allergy childrens.....	85	anagrelide hcl.....	77
8 hour arthritis pain reliever.....	30	aller-chlor.....	85	anastrozole.....	15
8 hr arthritis pain relief.....	30	aller-ease.....	85	ANDRODERM.....	53
8hr muscle aches & pain.....	30	allergy.....	85	ANIMAL SHAPES.....	120
abacavir sulfate.....	34	allergy 24-hr.....	85	animal shapes/iron.....	120
abacavir sulfate-lamivudine.....	36	allergy childrens.....	85	ANIMI-3.....	120
abacavir-lamivudine-zidovudine.....	36	allergy rel child (loratadine).....	85	ANIMI-3/VITAMIN D.....	120
ABELCET.....	37	allergy relief.....	85	ANORO ELLIPTA.....	89
ABILIFY MAINTENA.....	106	allergy relief childrens.....	85	antacid.....	66
abiraterone acetate.....	15	allergy relief d.....	91	antacid anti-gas max strength.....	66
ABRAXANE.....	22	allergy relief d-12.....	92	antacid fast relief.....	66
acamprosate calcium.....	111	allergy relief d-24.....	92	antacid maximum strength.....	66
acarbose.....	60	allergy relief/nasal decongest.....	92	antacid plus anti-gas fast act.....	66
ACCUTANE.....	129	allergy relief-d.....	92	antacid plus anti-gas relief.....	66
acebutolol hcl.....	46	allergy/congestion relief.....	92	antacid regular strength.....	66
acetaminophen.....	31	allergy-time.....	85	antacid/anti-gas.....	66
acetaminophen childrens.....	30, 31	allopurinol.....	34	anti-diarrheal.....	67
acetaminophen er.....	31	ALMACONE DOUBLE STRENGTH	66	antifungal.....	131
acetaminophen extra strength.....	31	ALOE VESTA CLEAR		anti-fungal.....	131
acetaminophen infants.....	31	ANTIFUNGAL.....	130	antifungal (tolnaftate).....	130
acetaminophen-codeine.....	29	alosetron hcl.....	69	antifungal clotrimazole.....	131
acetaminophen-codeine #3.....	29	ALPHAGAN P.....	80	anti-itch.....	131
acetazolamide.....	49	alprazolam.....	100	antiseptic skin cleanser.....	135
acetazolamide er.....	49	ALREX.....	82	aprepitant.....	68
acetic acid.....	76, 84	ALTAVERA.....	53	APRI.....	53
acetylcysteine.....	89	alum & mag hydroxide-simeth.....	66	APTIOM.....	100
acitretin.....	132	alumina-magnesia-simethicone.....	66	APTIVUS.....	34
ACTHIB.....	26	aluminum hydroxide gel.....	66	AQUADEKS.....	120
ACTIMMUNE.....	25	ALUNBRIG.....	16	aqueous vitamin d.....	120
active fe.....	78	alyacen 1/35.....	53	ARALAST NP.....	89
acyclovir.....	40	alyacen 7/7/7.....	53	ARANELLE.....	53
acyclovir sodium.....	40	AMABELZ.....	63	ARCALYST.....	25
ADACEL.....	26	amantadine hcl.....	98	ariPIPRAZOLE.....	106
adefovir dipivoxil.....	40	AMBISOME.....	37	ARISTADA.....	106
ADEMPAS.....	50	ambrisentan.....	50	ARISTADA INITIO.....	106
ADIPEX-P.....	111	AMETHIA.....	53	armodafinil.....	111
ADRENALIN.....	50	amikacin sulfate.....	37	ARNUITY ELLIPTA.....	91
ADRIAMYCIN.....	21	amiloride hcl.....	49	arthritis pain relief.....	31
ADVAIR DISKUS.....	89	amiloride-hydrochlorothiazide.....	49	arthritis pain reliever.....	31
ADVAIR HFA.....	89	AMINOSYN-PF.....	119	arthritis pain relieving.....	135
AFINITOR.....	16	amiodarone hcl.....	45	artificial tears.....	82
AFINITOR DISPERZ.....	16	amitriptyline hcl.....	104	ascorbic acid.....	120
AFIRMELLE.....	53	amlodipine besy-benazepril hcl.....	49	asenapine maleate.....	106
AIMOVIG.....	110	amlodipine besylate.....	47	ASHLYNA.....	53
ala-cort.....	132	amlodipine besylate-valsartan.....	48	aspirin.....	31
albendazole.....	37	amlodipine-olmesartan.....	48	aspirin ec.....	31
albuterol sulfate.....	88	amlodipine-valsartan-hctz.....	48	aspirin-dipyridamole er.....	80
albuterol sulfate hfa.....	88	ammonium lactate.....	134	ASSURE ID INSULIN SAFETY	
alclometasone dipropionate ...	132, 133	AMNESTEEM.....	129	SYR.....	58
ALDURAZYME.....	62	amoxapine.....	104	atazanavir sulfate.....	34
ALECENSA.....	16	amoxicillin.....	43	atenolol.....	46
alendronate sodium.....	65	amoxicillin-pot clavulanate.....	43	atenolol-chlorthalidone.....	48
alfuzosin hcl er.....	76	amoxicillin-pot clavulanate er.....	43	athletes foot (terbinafine).....	131
ALIMTA.....	21	amphetamine-dextroamphetamine er.....	109	athletes foot powder spray.....	131
aliskiren fumarate.....	50	amphetamine-dextroamphetamine	109	athletes foot spray.....	131

atomoxetine hcl	109	betamethasone dipropionate	133	c-500	120
atorvastatin calcium	46	betamethasone dipropionate aug..	133	cabergoline	62
atovaquone	37	betamethasone valerate	133	CABOMETYX	16
atovaquone-proguanil hcl	39	BETASERON	99	calamine phenolated	135
atropine sulfate	82	betaxolol hcl	46, 80	calamine-zinc oxide	135
ATROVENT HFA	85	bethanechol chloride	76	CALCI-CHEW	116
AUBRA EQ	53	BETOPTIC-S	80	calcipotriene	132
AUROVELA 1/20	53	BEVESPI AEROSPHERE	89	calcitonin (salmon)	65
AUROVELA 24 FE	53	bexarotene	21	CALCITRATE	116
AUROVELA FE 1.5/30	53	BEXSERO	26	CALCITRENE	132
AUROVELA FE 1/20	53	bicalutamide	15	calcitriol	52, 53
AUSTEDO	109	BICILLIN L-A	43	calcium	117
AVASTIN	16	BIKTARVY	36	calcium 500 + d	116
AVIANE	53	biotin	120	calcium 500/d	116, 117
AVITA	129	bisacodyl	71	calcium 500/vitamin d	117
AYUNA	53	bisacodyl ec	71	calcium 600	117
AYVAKIT	16	bismatrol	67	calcium 600+d	117
azacitidine	21	bisoprolol fumarate	46	calcium 600-d	117
azathioprine	25	bisoprolol-hydrochlorothiazide	48	calcium acetate	51
azelastine hcl	80, 85	BIVIGAM	24	calcium acetate (phos binder)	51
azithromycin	42	BLEPHAMIDE S.O.P.	81	calcium carb-cholecalciferol	117
aztreonam	37	BLISOVI 24 FE	53	calcium carbonate	117
AZURETTE	53	BLISOVI FE 1.5/30	53	calcium carbonate antacid	117
b complex	120	BOOSTRIX	26	calcium high potency	117
b complex-c	120	bortezomib	16	calcium high potency/vitamin d	117
b-1	120	bosentan	50	calcium-folic acid plus d	117
b-12 tr	120	BOSULIF	16	calcium-vitamin d3	117
bacitracin	81, 130	bp vit 3	120	CALMOSEPTINE	135
bacitracin zinc	130	BRAFTOVI	16	CALQUENCE	16
bacitracin-polymyxin b	81	BREO ELLIPTA	89	CAMILA	53
bacitra-neomycin-polymyxin-hc	81	BREZTRI AEROSPHERE	89	CAMRESE	54
baclofen	100	briellyn	53	CAMRESE LO	54
balsalazide disodium	70	BRILINTA	80	candesartan cilexetil	45
BALVERSA	16	brimonidine tartrate	80	candesartan cilexetil-hctz	48
BALZIVA	53	brinzolamide	80	capcof	92
BANOPHEN	86, 131	BRIVIACT	100	CAPLYTA	106
BARACLUDE	40	bromfenac sodium (once-daily)	82	CAPRELSA	16
BASAGLAR KWIKPEN	58	bromocriptine mesylate	99	capsaicin	135
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE	31	BROMSITE	82	captopril	50
baza antifungal	131	BRUKINSA	16	CARBAGLU	62
bcg vaccine	26	budesonide	70, 91	carbamazepine	100
b-complex/b-12	120	budesonide er	70	carbamazepine er	100
BEKYREE	53	bumetanide	49	carbidopa-levodopa	99
BELSOMRA	110	buprenorphine	29	carbidopa-levodopa er	99
benazepril hcl	50	buprenorphine hcl	111	carbidopa-levodopa-entacapone	99
benazepril-hydrochlorothiazide	49	buprenorphine hcl-naloxone hcl	111	carboplatin	15
BENDEKA	15	bupropion hcl	104	CARDIOTEK RX	120
BENLYSTA	25	bupropion hcl er (smoking det)	111	carisoprodol	100
BENZEDREX	92	bupropion hcl er (sr)	104	CARRINGTON ANTIFUNGAL	131
BENZEPRO	129	bupropion hcl er (xl)	104	carteolol hcl	80
BENZEPRO SHORT CONTACT	129	buspirone hcl	100	CARTIA XT	47
benzoin	131	butenafine hcl	131	carvedilol	46
benzonataate	92	butorphanol tartrate	29	caspofungin acetate	37
benzoyl peroxide-erythromycin	129	BYDUREON BCISE	60	castellani paint modified	131
benzphetamine hcl	111	BYETTA 10 MCG PEN	60	CAYSTON	37
benztropine mesylate	99	BYETTA 5 MCG PEN	60	CAZIANT	54
bepotastine besilate	80	BYSTOLIC	46	cefaclor	41
BEPREVE	80	c 250	120	cefaclor er	41
BERINERT	77	c-1000	120	cefadroxil	41
BESIVANCE	81	c-1000/rose hips	120	cefazolin sodium	41

cefazolin sodium-dextrose	41	ciprofloxacin in d5w	43	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	16
cefdinir.....	41	ciprofloxacin-dexamethasone	85	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	16
cefpime hcl	41	cisplatin	15	COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE	58
cefixime	41	citalopram hydrobromide	104	COMPLERA	36
cefoxitin sodium	41	citrus calcium +d	117	complete allergy medicine	86
cefpodoxime proxetil	41	citrus calcium/vitamin d	117	COMPRO	68
cefprozil.....	41	CLARAVIS	129	constulose	71
ceftazidime	41	clarithromycin	42	COPIKTRA	16
ceftazidime and dextrose	41	clarithromycin er	42	coq10	114
ceftriaxone sodium.....	41	classic prenatal	121	coq-10	114
cefuroxime axetil	41	clindamycin hcl	37	CORLANOR	50
cefuroxime sodium	41, 42	clindamycin palmitate hcl	38	CORVITA	121
celecoxib	27	clindamycin phosphate	38, 75, 129	CORVITA 150	78
CELONTIN	100	clindamycin phosphate in d5w	38	CORVITE 150	78
centamin	121	clindamycin phosphate in nacl	38	corvite fe	78
CEPACOL SORE THROAT & COUGH.....	128	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	119	COTELLIC	16
cephalexin	42	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	119	cough dm	92
CERDELGA	62	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	119	cough dm childrens	92
CEREZYME	62	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	119	cough/chest congestion dm	92
CEROVITE JR	121	clinimix/dextrose (6/5)	119	CREON	71
cetirizine hcl	86	clinimix/dextrose (8/10)	119	cromolyn sodium	69, 80, 90
cetirizine hcl allergy child	86	clinimix/dextrose (8/14)	119	CRYSELLE-28	54
cetirizine hcl childrens	86	CLINISOL SF	119	cupric chloride	119
cetirizine hcl childrens alrgy	86	CLINOLIPID	119	cvs b-1	121
cetirizine hcl hives relief	86	clobazam	100	cvs cough dm	92
cetirizine-pseudoephedrine er	92	clobetasol propionate	133	cvs gauze sterile	59
cevimeline hcl	128	clobetasol propionate e	133	cvs lice treatment	134
CHANTIX	111	clomipramine hcl	104	cvs vitamin b-12	121
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK	111	clonazepam	100	cyanocobalamin	121
CHANTIX STARTING MONTH PAK	111	clonidine	50	CYCLAFEM 1/35	54
charcoal	62	clonidine hcl	50	CYCLAFEM 7/7/7	54
CHATEAL	54	clopidogrel bisulfate	80	cyclobenzaprine hcl	100
CHEMET	52	clorazepate dipotassium	101	cyclophosphamide	15
chest congestion relief	92	CLORPACTIN	135	cycloserine	35
chest congestion relief dm	92	clotrimazole	75, 128, 131	cyclosporine	25
chewable vite childrens	121	clotrimazole 3	75	cyclosporine modified	25
childrens animal shapes	121	clotrimazole anti-fungal	131	cyproheptadine hcl	86
childrens chewable vitamins	121	clotrimazole athletes foot	131	CYRED EQ	54
childrens ibuprofen	27	clotrimazole-betamethasone	131	CYSTADANE	62
childrens loratadine	86	clozapine	106	CYSTADROPS	82
childrens silapap	31	co q10	114	CYSTAGON	62
childrens sifedrine	92	co q-10	114	CYSTARAN	82
chlorhexidine gluconate	128	COARTEM	39	cytarabine	21
chloroquine phosphate	39	cod liver oil	121	d 1000	121
chlorpromazine hcl	106	coditussin ac	92	d 400	121
chlorthalidone	49	coditussin dac	92	d 5000	121
cholestyramine	46	coenzyme q10	114	d3 high potency	121
cholestyramine light	46	coenzyme q-10	114	d3 super strength	121
CHROMAGEN	78	co-enzyme q10	114	daily vitamins	121
chromic chloride	119	co-enzyme q-10	114	daily-vite	121
ciclopirox olamine	131	colchicine	34	daily-vitel/iron/beta-carotene	121
cilstostazol	77	colchicine-probenecid	34	dalfampridine er	99
CILOXAN	81	colesevelam hcl	46	DALIRESP	90
CIMDUO	36	colestipol hcl	46	danazol	63
cinacalcet hcl	62	colistimethate sodium (cba)	38	dantrolene sodium	100
CIPRO	42	COMBIGAN	80	dapsone	38
ciprofloxacin hcl	42, 81	COMBIVENT RESPIMAT	89	DAPTACEL	26
		COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	16	daptomycin	38

DASSETTA 1/35.....	54	diflunisal.....	28	ed-apap.....	31
DASSETTA 7/7/7.....	54	DIGITEK.....	50	EDURANT.....	34
DAURISMO.....	16	DIGOX.....	50	efavirenz.....	34
DAYSEE.....	54	digoxin.....	50	efavirenz-emtricitab-tenofovir.....	36
DEBLITANE.....	54	dihydroergotamine mesylate.....	110	efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	36
DECARA.....	121	DILANTIN.....	101	ELDERTONIC.....	122
deferasirox.....	52	DILANTIN INFATABS.....	101	ELINEST.....	54
deferasirox granules.....	52	diltiazem hcl.....	47	ELIQUIS.....	76
DELESTROGEN.....	63	diltiazem hcl er.....	47	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	76
DELSTRIGO.....	36	diltiazem hcl er beads.....	47	ELLA.....	54
DELSYM.....	92	diltiazem hcl er coated beads.....	47	ELURYNG.....	54
DELSYM COUGH CHILDRENS.....	92	dilt-xr.....	47	EMCYT.....	15
DERMACINRX PUREFOLIX.....	121	diphenhist.....	86	EMOQUETTE.....	54
DESCOVY.....	36	diphenhydramine hcl.....	86	EMSAM.....	105
DESENEX.....	131	diphenhydramine hcl childrens.....	86	emtricitabine.....	34
desipramine hcl.....	104	diphenhydramine-zinc acetate.....	131	emtricitabine-tenofovir df.....	36
desmopressin ace spray refrigerated.....	62	diphenoxylate-atropine.....	69	EMTRIVA.....	34
desmopressin acetate.....	62	diphtheria-tetanus toxoids dt.....	26	EMVERM.....	38
desmopressin acetate pf.....	62	dipyridamole.....	80	enalapril maleate.....	51
desmopressin acetate spray.....	62	disopyramide phosphate.....	45	enalapril-hydrochlorothiazide.....	49
desogestrel-ethynodiol estradiol.....	54	disulfiram.....	111	ENBREL.....	23
desvenlafaxine succinate er.....	104	divalproex sodium.....	101	ENBREL MINI.....	22
dexamethasone.....	64	divalproex sodium er.....	101	ENBREL SURECLICK.....	23
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	64	docetaxel.....	22	ENDARI.....	77
dexamethasone sod phosphate pf.....	64	docu.....	71	ENDOCET.....	29
dexamethasone sodium phosphate.....	64, 82	docusate calcium.....	71	ENDUR-C.....	122
DEXILANT.....	71	docusate mini.....	71	enema.....	71
dexamethylphenidate hcl.....	109	docusate sodium.....	71	enema ready-to-use.....	71
dextromethorphan polistirex er.....	92	DOCUSOL MINI.....	71	ENEMEEZ MINI.....	72
dextromethorphan-guaifenesin.....	92, 93	dofetilide.....	45	ENEMEEZ PLUS.....	72
dextrose.....	119	DOK.....	71	ENGERIX-B.....	26
dextrose 5%/electrolyte #48.....	114	donepezil hcl.....	103, 104	enoxaparin sodium.....	76
dextrose in lactated ringers.....	114	DOPTELET.....	77	ENPRESSE-28.....	54
dextrose-nacl.....	114	dorzolamide hcl.....	80	ENSKYCE.....	54
dextrose-sodium chloride.....	115	dorzolamide hcl-timolol mal.....	80	ENSTILAR.....	133
diabetic siltussin-dm max st.....	93	DOTTI.....	63	entacapone.....	99
DIABETIC TUSSIN.....	93	DOVATO.....	36	entecavir.....	40
DIABETIC TUSSIN DM.....	93	doxazosin mesylate.....	44	ENTRESTO.....	48
DIABETIC TUSSIN MAX ST.....	93	doxepin hcl.....	104, 110	enulose.....	72
DIACOMIT.....	101	doxorubicin hcl.....	21	EPCLUSA.....	40
DIALYVITE.....	122	doxorubicin hcl liposomal.....	21	EPIDIOLEX.....	101
DIALYVITE 3000.....	121	DOXY 100.....	44	epinephrine.....	90
DIALYVITE 5000.....	121	doxycycline hydiate.....	44	epirubicin hcl.....	21
DIALYVITE 800.....	121	doxycycline monohydrate.....	44	EPITOL.....	101
DIALYVITE 800/ZINC.....	121	DRISDOL.....	122	EPIVIR HBV.....	40
DIALYVITE 800-ZINC 15.....	121	DRIZALMA SPRINKLE.....	104	eplerenone.....	45
DIALYVITE SUPREME D.....	121	dronabinol.....	68	epsom salt.....	72
DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	122	drospirenen-eth estrad-levomefol.....	54	eq cough dm.....	93
DIALYVITE/ZINC.....	122	drospirenone-ethynodiol estradiol.....	54	eq lice killing max st.....	134
diazepam.....	101	DROXIA.....	77	eql b complex 50.....	122
diazoxide.....	52	droxidopa.....	50	eql coq10.....	114
diclofenac potassium.....	27	duloxetine hcl.....	105	ergocalciferol.....	122
diclofenac sodium.....	27, 82, 135	DUREZOL.....	82	ergotamine-caffeine.....	110
diclofenac sodium er.....	27	dutasteride.....	76	ERIVEDGE.....	16
dicloxacillin sodium.....	43	dutasteride-tamsulosin hcl.....	76	ERLEADA.....	15
dicyclomine hcl.....	69	DYNA-HEX 4.....	135	erlotinib hcl.....	16, 17
diethylpropion hcl.....	111	e-400.....	122	ERRIN.....	54
diethylpropion hcl er.....	111	ear drops.....	136	ertapenem sodium.....	38
DIFICID.....	42	ec-naproxen.....	28	ery.....	129
		ed chlorped jr.....	86	ERY-TAB.....	42

ERYTHROCIN LACTOBIONATE	42	ferrous gluconate	78	FOTIVDA.....	17
ERYTHROGIN STEARATE.....	42	ferrous sulfate	78	FREAMINE HBC	119
erythromycin.....	81, 129	FETZIMA.....	105	FREAMINE III	119
erythromycin base.....	42	FETZIMA TITRATION	105	fulvestrant.....	15
erythromycin ethylsuccinate.....	42	FEVERALL ADULTS	31	FUNGOID TINCTURE	131
ESBRIET.....	90	FEVERALL CHILDRENS.....	31	furosemide.....	49
escitalopram oxalate.....	105	FEVERALL INFANTS	31	FUSION.....	78
esomeprazole magnesium.....	71	FEVERALL JUNIOR STRENGTH..	31	FUSION PLUS.....	79
ESTARYLLA.....	54	fexofenadine hcl.....	86	FUZEON.....	34
ESTER-C.....	122	FIASP.....	59	FYAVOLV.....	64
estradiol.....	63, 64	FIASP FLEXTOUCH	59	FYCOMPA.....	101
estradiol valerate.....	64	FIASP PENFILL	59	gabapentin.....	101
estradiol-norethindrone acet.....	64	fiber.....	72	galantamine hydrobromide	104
eszopiclone.....	110	fiber laxative	72	galantamine hydrobromide er.....	104
ethambutol hcl.....	35	fiber-lax.....	72	GAMASTAN.....	24
ethosuximide.....	101	finasteride	76	GAMMAGARD	24
ethynodiol diac-eth estradiol.....	54	FINTEPLA.....	101	GAMMAGARD S/D LESS IGA	24
etodolac.....	28	first aid antibiotic	130	GAMMAKED	24
etodolac er.....	28	FLAC.....	85	GAMMAPLEX	24
etonogestrel-ethinyl estradiol.....	54	FLAREX.....	82	GAMUNEX-C	24
etoposide.....	22	FLEBOGAMMA DIF	24	ganciclovir sodium	40
etravirine.....	34	flecainide acetate	45	GARDASIL 9.....	26
EUTHYROX.....	52	FLEET ENEMA.....	72	gas relief.....	69
everolimus.....	17, 25	FLORIVA PLUS	122	gas relief drops infants	69
EVOTAZ.....	36	FLOVENT DISKUS	91	gas relief extra strength	69
EXEL COMFORT POINT PEN		FLOVENT HFA.....	91	gas relief ultra strength	69
NEEDLE.....	59	fluconazole	37	gatifloxacin.....	81
exemestane.....	15	fluconazole in sodium chloride	37	GATTEX.....	69
ezetimibe.....	46	flucytosine	37	GAVILYTE-C	72
ezetimibe-simvastatin	46	fludrocortisone acetate	64	GAVILYTE-G	72
fabb	122	flunisolide	91	GAVILYTE-N WITH FLAVOR	
FABRAZYME.....	62	fluocinolone acetonide	85, 133	PACK.....	72
FALMINA.....	54	fluocinolone acetonide body	133	GAVRETO	17
famciclovir.....	40	fluocinolone acetonide scalp	133	gemcitabine hcl	21
famotidine.....	65, 66	fluocinonide	133	gemfibrozil	45
famotidine premixed	66	fluocinonide emulsified base	133	generlac	72
FANAPT.....	106	fluorometholone	82	GENGRAF	25
FANAPT TITRATION PACK	107	fluorouracil	21, 135	GENOTROPIN	62
FARXIGA.....	60	fluoxetine hcl	105	GENOTROPIN MINIQUICK	62
FARYDAK.....	17	fluphenazine decanoate	107	GENTAK	81
FASENRA.....	90	fluphenazine hcl	107	gentamicin in saline	38
FASENRA PEN.....	90	flurbiprofen	28	gentamicin sulfate	38, 81, 130
FAYOSIM.....	54	flurbiprofen sodium	82	GENTEAL TEARS	83
felbamate	101	flutamide	15	GENTEAL TEARS MODERATE PF	82
felodipine er.....	47	fluticasone propionate	91, 133	gentle laxative	72
FEMYNOR.....	54	fluvoxamine maleate	100	GENVOYA	36
fenofibrate	45	folic acid	122	GILENYA	99
fenofibrate micronized	45	FOLITAB 500	78	GIOTRIF	17
fentanyl	29	folite	122	glatiramer acetate	99
fentanyl citrate	29	FOLIVANE-F	78	GLATOPA	99
FERAHEME.....	78	FOLIVANE-PLUS	78	glimepiride	60
FERATE.....	78	FOLIXAPURE	122	glipizide	60
FERIVA 21/7.....	78	FOLTABS 800	122	glipizide er	60
FERIVAFIA	78	FOLTRATE	122	glipizide xl	60
FEROSUL.....	78	FOLTREXYL	122	glipizide-metformin hcl	60
FERRALET 90.....	78	fondaparinux sodium	76, 77	global alcohol prep ease	59
ferraplus 90.....	78	FORTEO	65	glycerin (adult)	72
ferrets	78	fosamprenavir calcium	34	glycerin (infants & children)	72
FERRLECIT	78	fosinopril sodium	51	glycerin (pediatric)	72
ferrous fumarate	78	fosinopril sodium-hctz	49	glycerin adult	72

glycerin childrens	72	gnp miconazole 3	75	goodsense stomach relief	68
glycopyrrolate	69	gnp miconazole 7	75	goodsense tussin cf	94
GLYDO	129	gnp milk of magnesia	72	granisetron hcl	68
GLYXAMBI	60	gnp nasal decongestant	93	grape flavor	51
gnp 8 hour arthritis relief	31	gnp nasal decongestant pe	93	griseofulvin microsize	37
gnp 8 hour pain relief	31	gnp nasal spray	93	griseofulvin ultramicrosize	37
gnp 8 hour pain reliever	31	gnp nasal spray extra moist	93	guaiatussin ac	94
gnp acetaminophen	31, 32	gnp nasal spray fast acting	93	guaiifenesin	94
gnp acetaminophen ex st	31	gnp natural fiber	72	guaiifenesin-codeine	94
gnp all day allergy	87	gnp nicotine	111, 112	guaiifenesin-dm	94
gnp all day allergy childrens	86	gnp nicotine mini	111	guanfacine hcl	50
gnp all day allergy-d	93	gnp nicotine polacrilex	112	guanfacine hcl er	109
gnp allergy	87	gnp no drip nasal spray	93	GVOKE HYPOOPEN 2-PACK	52
gnp allergy & congestion	93	gnp nose drops extra strength	93	GVOKE PFS	52
gnp allergy antihistamine	87	gnp one daily plus iron	122	H2Q	114
gnp allergy relief	87	gnp pain & fever childrens	32	HAEGARDA	77
gnp allergy/congestion relief	93	gnp pain & fever infants	32	HAILEY 1.5/30	54
gnp antacid & anti-gas	66	gnp pain relief	32	HAILEY 24 FE	54
gnp antacid regular strength	66	gnp pain relief extra strength	32	halobetasol propionate	133
gnp anti-diarrheal	67	gnp pediatric electrolyte	116	haloperidol	107
gnp anti-gas	69	gnp petroleum jelly	51	haloperidol decanoate	107
gnp anti-itch	131	gnp pink bismuth	67	haloperidol lactate	107
gnp antiseptic skin cleanser	135	gnp prenatal	122	HARVONI	40
gnp arthritis pain relief	32	gnp pseudoephedrine hcl 12 hr	93	HAVRIX	26
gnp artificial tears	83	gnp senna lax	72	HEATHER	54
gnp aspirin	32	gnp stool softener	72	HEMATOGEN	79
gnp athletes foot	131	gnp stool softener/laxative	72	HEMATOGEN FA	79
gnp bacitracin zinc	130	gnp suphedrin	93	HEMATOGEN FORTE	79
gnp calcium	117	gnp terbinafine hydrochloride	131	HEMOCYTE PLUS	79
gnp calcium 500 +d3	117	gnp tolnaftate	131	HEMOCYTE-F	79
gnp calcium citrate +d3	117	gnp triple antibiotic	130	heparin (porcine) in nacl	77
gnp capsaicin	135	gnp triple antibiotic plus	130	heparin sod (porcine) in d5w	77
gnp childrens allergy	87	gnp tussin cf cough & cold	93	heparin sodium (porcine)	77
gnp childrens complete	122	gnp tussin cough long acting	93	HEPATAMINE	119
gnp childrens ibuprofen	28	gnp tussin dm	93	HERCEPTIN	17
gnp clotrimazole 3	75	gnp tussin dm cough	93	HERCEPTIN HYLECTA	17
gnp co q10	114	gnp tussin mucus & chest cong	93	HERZUMA	17
gnp cough dm er	93	gnp vitamin c	123	HETLIOZ	110
gnp earwax removal drops	136	gnp vitamin c drops	122	HIBERIX	26
gnp earwax removal kit	136	gnp vitamin d-400	123	HISTEX-AC	94
gnp enema	72	gnp womens gentle laxative	73	hm acetaminophen childrens	32
gnp essential one daily	122	gnp zinc oxide	135	hm adult aspirin	32
gnp gas relief	69	GOLYTEL Y	73	hm advanced antacid max st	66
gnp gas relief extra strength	69	GONAK	83	hm all day allergy	87
gnp gentle laxative	72	goodsense all day allergy	87	hm all day allergy childrens	87
gnp glycerin (adult)	72	goodsense aller-ease	87	hm allergy & congestion	94
gnp glycerin child	72	goodsense allergy relief	87	hm allergy complete-d	94
gnp healthy eyes supervision	122	goodsense arthritis pain	32	hm allergy relief	87
gnp ibuprofen infants	28	goodsense aspirin	32	hm allergy relief childrens	87
gnp ibuprofen junior strength	28	goodsense cough dm	94	hm allergy relief/nasal decong	94
gnp infants pain/fever	32	goodsense cough dm childrens	94	hm antacid	67
gnp iron	79	goodsense epsom salt	73	hm antacid anti-gas ex st	67
gnp laxative	72	goodsense ibuprofen childrens	28	hm antacid/antigas	67
gnp lice treatment	134	goodsense ibuprofen infants	28	hm anti-diarrheal	68
gnp little ones childrens	122	goodsense lubricating eye drop	83	hm antiseptic skin cleanser	135
gnp loratadine	87	goodsense nicotine	112	hm arthritis pain relief	32
gnp loratadine childrens	87	goodsense pain & fever child	32	hm aspirin	32
gnp lubricating plus eye drops	83	goodsense pain & fever infants	32	hm aspirin ec	32
gnp melatonin	114	goodsense pain relief	32	hm bacitracin zinc	130
gnp melatonin maximum strength	114	goodsense pain relief extra st	32	hm cetirizine hcl	87

<i>hm cetirizine hcl childrens</i>	87	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS		INLYTA	17
<i>hm coq10</i>	114	START	23	INQOVI	21
<i>hm cough dm</i>	94	HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT		INREBIC	17
<i>hm dry eye relief</i>	83	STARTER	23	INTEGRA	79
<i>hm earwax removal aid</i>	136	HUMULIN R U-500		INTEGRA F	79
<i>hm earwax removal kit</i>	136	(CONCENTRATED)	59	INTEGRA PLUS	79
<i>hm enema</i>	73	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	59	INTELENCE	34
<i>hm fexofenadine hcl</i>	87	HYCODAN	94	INTRALIPID	119
<i>hm gas relief</i>	69	hydralazine hcl	50	INTRON A	25
<i>hm gas relief infants drops</i>	69	hydrochlorothiazide	49	INTROVALE	55
<i>hm ibuprofen childrens</i>	28	hydrocodol polst-cpm polst er	94	INVEGA SUSTENNA	107
<i>hm ibuprofen ib</i>	28	hydrocodone bitartrate er	29	INVEGA TRINZA	107
<i>hm ibuprofen infants</i>	28	hydrocodone-acetaminophen	30	INVIRASE	34
<i>hm laxative</i>	73	hydrocodone-homatropine	95	IOPOL	26
<i>hm lice killing max st</i>	134	hydrocodone-ibuprofen	30	ipratropium bromide	85
<i>hm lice treatment</i>	134	hydrocortisone	64, 70, 133	ipratropium-albuterol	89
<i>hm loratadine</i>	87	hydrocortisone (perianal)	135	irbesartan	45
<i>hm loratadine childrens</i>	87	hydromet	95	irbesartan-hydrochlorothiazide	48
<i>hm lubricating plus</i>	83	hydromorphone hcl	30	IRESSA	17
<i>hm lubricating tears</i>	83	hydroxocobalamin acetate	123	irinotecan hcl	22
<i>hm milk of magnesia</i>	73	hydroxychloroquine sulfate	24	iron	79
<i>hm nasal decongestant</i>	94	hydroxyurea	21	iron chews pediatric	79
<i>hm nasal decongestant 12 hour</i>	94	hydroxyzine hcl	87	ISENTRESS	34
<i>hm nasal decongestant pe</i>	94	hydroxyzine pamoate	87	ISENTRESS HD	34
<i>hm nasal spray</i>	94	HYSINGLA ER	29	ISIBLOOM	55
<i>hm niacin</i>	123	ibandronate sodium	65	ISOLYTE-P IN D5W	115
<i>hm nicotine</i>	112	IBRANCE	17	ISOLYTE-S	115
<i>hm nicotine polacrilex</i>	112	IBU	28	ISOLYTE-S PH 7.4	115
<i>hm nose drops</i>	94	ibuprofen	28	isoniazid	35, 36
<i>hm pain & fever childrens</i>	32	ibuprofen childrens	28	ISOPTO ATROPINE	83
<i>hm pain & fever infants</i>	32	ibuprofen infants drops	28	ISOPTO TEARS	83
<i>hm pain relief</i>	32	ibuprofen junior strength	28	isosorbide dinitrate	51
<i>hm pain relief extra strength</i>	32	ICAPS	123	isosorbide mononitrate	51
<i>hm pain reliever</i>	32	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3	123	isosorbide mononitrate er	51
<i>hm petroleum jelly</i>	51	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN	123	isotretinoin	129
<i>hm povidone-iodine</i>	135	icatibant acetate	77	isradipine	47
<i>hm senna</i>	73	ICLEVIA	54	itch relief extra strength	131
<i>hm sinus nasal spray</i>	94	ICLUSIG	17	itraconazole	37
<i>hm stomach relief</i>	68	IDHIFA	17	ivermectin	38
<i>hm stool softener</i>	73	IFEREX 150	79	IXIARO	26
<i>hm stool softener/laxative</i>	73	ILEVRO	82	JAKAFI	17
<i>hm triple antibiotic</i>	130	imatinib mesylate	17	JANTOVEN	77
<i>hm triple antibiotic max st</i>	130	IMBRUVICA	17	JANUMET	60
<i>hm tussin adult</i>	94	imipenem-cilastatin	38	JANUMET XR	60
<i>hm tussin adult dm</i>	94	imipramine hcl	105	JANUVIA	60
<i>hm vitamin b100 complex</i>	123	imiquimod	135	JARDIANC	61
<i>hm vitamin b12</i>	123	IMOVA RABIES	26	JASMIEL	55
<i>hm vitamin b-12 tr</i>	123	INCASSIA	55	JENTADUETO	61
<i>hm vitamin b50 complex</i>	123	INCRELEX	62	JENTADUETO XR	61
<i>hm vitamin c tr</i>	123	INCRUSE ELLIPTA	85	JINTELI	64
<i>hm vitamin e</i>	123	indapamide	49	JOLESSA	55
<i>hm zinc</i>	117	INFANRIX	26	JULEBER	55
<i>HUMIRA</i>	23	infants gas relief	69	JULUCA	36
<i>HUMIRA PEDIATRIC CROHNS</i>		infants ibuprofen	28	JUNEL 1.5/30	55
<i>START</i>	23	infants simethicone	69	JUNEL 1/20	55
<i>HUMIRA PEN</i>	23	INFED	79	JUNEL FE 1.5/30	55
<i>HUMIRA PEN-CD/UC/HS</i>		INFUVITE ADULT	123	JUNEL FE 1/20	55
<i>STARTER</i>	23	INFUVITE PEDIATRIC	123	JUNEL FE 24	55
<i>HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC</i>		INGREZZA	109	KADCYLA	17
<i>START</i>	23	INJECTAFER	79	KAITLIB FE	55

KALYDECO	90	LESSINA	55	LOMAIRA	112
KANJINTI	17	letrozole	15	LONSURF	21
KARIVA	55	leucovorin calcium	21	loperamide hcl	68, 70
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	115	LEUKERAN	15	lopinavir-ritonavir	36
KELNOR 1/35	55	leuprolide acetate	15	loratadine	88
KELNOR 1/50	55	levalbuterol hcl	89	loratadine childrens	88
KERR TRIPLE DYE SWABS	135	levalbuterol tartrate	89	loratadine-d 12hr	95
<i>ketoconazole</i>	37, 131, 132	LEVEMIR	59	loratadine-d 24hr	95
KETO-DIASTIX	62	LEVEMIR FLEXTOUCH	59	lorazepam	100
<i>ketorolac tromethamine</i>	82	levetiracetam	102	LORAZEPAM INTENSOL	100
KEYTRUDA	17	levetiracetam er	102	LORBRENA	18
KINRIX	26	levetiracetam in nacl	102	LORYNA	56
KISQALI (200 MG DOSE)	17	levobunolol hcl	80	losartan potassium	45
KISQALI (400 MG DOSE)	17	levocarnitine	62	losartan potassium-hctz	48
KISQALI (600 MG DOSE)	17	levocetirizine dihydrochloride	87, 88	LOTEMAX	82
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	22	levofloxacin	43	lovastatin	46
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	22	levofloxacin in d5w	43	LOW-OGESTREL	56
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE)	22	LEVONEST	55	loxapine succinate	107
KLOR-CON	116	levonorgest-eth est & eth est	55	lubricant eye drops	83
KLOR-CON 10	115	levonorgest-eth estrad 91-day	55	lubricating eye drops	83
KLOR-CON M10	116	levonorgestrel-ethinyl estrad	55	lubricating plus eye drops	83
KLOR-CON M15	116	levonorg-eth estrad triphasic	55	LUMAKRAS	18
KLOR-CON M20	116	LEVORA 0.15/30 (28)	55	LUMIGAN	81
KORLYM	62	LEVO-T	52	LUMIZYME	62
<i>kp ferrous sulfate</i>	79	levothyroxine sodium	52	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	15
KURVELO	55	LEVOXYL	52	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	15
KYNMOBI	99	LEXIVA	35	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	63
<i>labetalol hcl</i>	47	lice killing	134	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	63
<i>lactated ringers</i>	115	lice killing maximum strength	134	LUTERA	56
<i>lactulose</i>	73	lice treatment	134	LYLEQ	56
<i>lactulose encephalopathy</i>	73	lidocaine	130	LYLLANA	64
<i>lamivudine</i>	34, 35, 40	lidocaine hcl	34, 130	LYNPARZA	18
<i>lamivudine-zidovudine</i>	36	lidocaine hcl (pf)	34	LYSODREN	15
<i>lamotrigine</i>	102	lidocaine hcl urethral/mucosal	130	LYZA	56
<i>lamotrigine er</i>	101	lidocaine pain relief	135	M.V.I. ADULT	123
<i>lansoprazole</i>	71	lidocaine pain relieving	135	M.V.I. PEDIATRIC	123
<i>lapatinib ditosylate</i>	18	lidocaine viscous hcl	128	mag-al plus	67
LARIN 1.5/30	55	lidocaine-prilocaine	130	mag-al plus xs	67
LARIN 1/20	55	LILLOW	55	magdelay	118
LARIN 24 FE	55	linezolid	38	mag-g	118
LARIN FE 1.5/30	55	linezolid in sodium chloride	38	MAGNEBIND 300	118
LARIN FE 1/20	55	LINZESS	70	MAGNEBIND 400	118
LARISSIA	55	liothyronine sodium	52	magnesium	118
LASTACAFT	80	liquid acetaminophen	33	magnesium 27	118
<i>latanoprost</i>	80	liquid allergy relief	88	magnesium chloride	118
LATUDA	107	lisinopril	51	magnesium oxide	67, 118
<i>laxative max str</i>	73	lisinopril-hydrochlorothiazide	49	magnesium sulfate	115
LAYOLIS FE	55	lithium	110	magnesium sulfate in d5w	115
LEENA	55	lithium carbonate	110	malathion	134
<i>leflunomide</i>	24	lithium carbonate er	109	manganese chloride	118
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	18	I-methylfolate calcium	123	mapap	33
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	18	I-methylfolate-b6-b12	123	mapap arthritis pain	33
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	18	I-methyl-mc	123	MAPAP CHILDRENS	33
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	18	I-methyl-mc nac	123	MAR-COF CG EXPECTORANT	95
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	18	LOESTRIN 1.5/30 (21)	56	marlissa	56
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	18	LOESTRIN 1/20 (21)	56	MARPLAN	105
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	18	LOESTRIN FE 1.5/30	56	MATULANE	22
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	18	LOESTRIN FE 1/20	56	MAVYRET	40
		<i>lohist-dm</i>	95	MAXIMUM D3	123
		LOKELMA	52	maxi-tuss ac	95

maxi-tuss cd	95	MICROGESTIN 1.5/30	56	nabumetone	28
maxi-tuss g	95	MICROGESTIN 1/20	56	nadolol	47
maxi-tuss gmx	95	MICROGESTIN FE 1.5/30	56	nafcillin sodium	43
m-clear wc	95	MICROGESTIN FE 1/20	56	NAGLAZYME	63
m-dryl	88	midodrine hcl	50	nalbuphine hcl	30
meclizine hcl	68	miglustat	63	naloxone hcl	112
medroxyprogesterone acetate ...	56, 65	MILI	56	naltrexone hcl	112
mefloquine hcl	39	milk of magnesia	73	NAMZARIC	104
megestrol acetate	15, 65	MIMVEY	64	NAPHCON-A	80
MEKINIST	18	MINITRAN	51	naproxen	28
MEKTOVI	18	minocycline hcl	44	naproxen sodium	28
melatonin	51, 114	minoxidil	50	naratriptan hcl	110
meloxicam	28	mintox maximum strength	67	NARCAN	112
memantine hcl	104	MINTOX PLUS	67	nasal decongestant	95
memantine hcl er	104	mirtazapine	105	nasal decongestant max st	95
MENACTRA	26	misoprostol	70	nasal decongestant pe	95
MENQUADFI	26	MITIGARE	34	nasal decongestant spray	95
MENVEO	26	M-M-R II	26	nasal four	95
MEPHYTON	123	m-natal plus	116	nasal relief	95
mercaptopurine	21	moexipril hcl	51	nasal spray 12 hour	95
meropenem	38	molindone hcl	107	nasal spray extra moisturizing	95
mesalamine	70	mometasone furoate	133, 134	NASCOBAL	124
mesalamine er	70	MONDOXYNE NL	44	NATACYN	81
mesalamine-cleanser	71	MONJUVI	18	nateglinide	61
MESNEX	21	MONO-LINYAH	56	NATPARA	65
METADATE ER	109	montelukast sodium	91	NAYZILAM	102
metformin hcl	61	morphine sulfate	30	NECON 0.5/35 (28)	56
metformin hcl er	61	morphine sulfate (concentrate)	30	nefazodone hcl	105
methadone hcl	29	morphine sulfate (pf)	30	neomycin sulfate	38
METHADONE HCL INTENSOL	29	morphine sulfate er	29	neomycin-bacitracin zn-polymyx	82
methazolamide	49	MOVANTIK	70	neomycin-polymyxin-dexameth	81
methenamine hippurate	38	moxifloxacin hcl	43, 81	neomycin-polymyxin-gramicidin	82
methimazole	52	m-pap	33	neomycin-polymyxin-hc	81, 85
methocarbamol	100	MUCINEX CHILDRENS STUFFY	95	NEPHPLEX RX	124
methotrexate	24	NOSE	95	NEPHRON FA	79
methotrexate sodium	21	MUCINEX FAST-MAX CHEST	95	NERLYNX	18
methotrexate sodium (pf)	21	CONG MS	95	NEUPRO	99
methyldopa	50	MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL	95	nevirapine	35
methylphenidate hcl	109	mucus & chest congestion	95	nevirapine er	35
methylphenidate hcl er	109	mucus relief chest congestion	95	NEXAVAR	18
methylprednisolone	64	MULTAQ	45	niacin	124
methylprednisolone acetate	64	multiple vitamins essential	123	niacin er	124
methylprednisolone sodium succ	64	MULTITRACE-4 NEONATAL	119	niacin er (antihyperlipidemic)	46
metoclopramide hcl	68	MULTITRACE-4 PEDIATRIC	119	niacinamide	124
metolazone	49	MULTITRACE-5	120	nicardipine hcl	47
metoprolol succinate er	47	multitrace-5 concentrate	120	NICODERM CQ	112
metoprolol tartrate	47	multi-vit/iron/fluoride	123	NICOMIDE	124
metoprolol-hydrochlorothiazide	48	multivitamin/fluoride	123, 124	nicotine	112, 113
metronidazole	38, 75, 135	multivitamin/fluoride/iron	124	nicotine mini	112
metronidazole in nacl	38	multi-vitamins	124	nicotine polacrilex	113
metyrosine	50	mupirocin	130	nicotine step 1	113
MI-ACID	67	MURO 128	83	nicotine step 2	113
mi-acid gas relief	70	MVASI	18	nicotine step 3	113
MIBELAS 24 FE	56	MVC-FLUORIDE	124	NICOTROL	113
micafungin sodium	37	mycophenolate mofetil	25	NICOTROL NS	113
miconazole 3 applicator	75	mycophenolate sodium	25	nifedipine er	47
miconazole 3 combo-supp	75	MYORISAN	129	nifedipine er osmotic release	47
miconazole 7	76	MYRBETRIQ	75	NIFEREX	79
miconazole nitrate	76, 131	na ferric gluc cplx in sucrose	79	NIKKI	56
MICRO GUARD	132			nilutamide	15

nimodipine.....	47	nystatin.....	37, 128, 132	pain & fever infants.....	33
NINJACOF-XG.....	95	NYSTOP.....	132	pain relief extra strength.....	33
NINLARO.....	18	OCELLA.....	57	pain relief regular strength.....	33
nitazoxanide.....	38	OCTAGAM.....	24	paliperidone er.....	108
nitisinone.....	63	octreotide acetate.....	63	pamidronate disodium.....	65
NITRO-BID.....	51	OCUVITE ADULT 50+.....	124	pan-c 500/bioflavonoids.....	124
nitrofurantoin macrocrystal.....	38	OCUVITE ADULT FORMULA.....	124	PANRETIN.....	135
nitrofurantoin monohyd macro.....	38	ODEFSEY.....	36	pantoprazole sodium.....	71
nitroglycerin.....	51	ODOMZO.....	18	PANZYGA.....	24
nizatidine.....	66	OFEV.....	90	PARAPLATIN.....	15
no drip nasal spray.....	96	ofloxacin.....	82, 85	paricalcitol.....	53
NORA-BE.....	56	OGIVRI.....	18	paromomycin sulfate.....	38
norethrin ace-eth estrad-fe.....	56	olanzapine.....	107, 108	paroxetine hcl.....	105
norethindrone.....	56	olmesartan medoxomil.....	45	PASER.....	36
norethindrone acetate.....	65	olmesartan medoxomil-hctz.....	48	PAXIL.....	105
norethindrone acet-ethinyl est.....	56	olmesartan-amlodipine-hctz.....	48	ped electrolyte freezer pops.....	116
norethindrone-eth estradiol.....	64	olopatadine hcl.....	80	PEDIA-LAX.....	73
norethin-eth estradiol-fe.....	56	omeprazole.....	71	PEDIARIX.....	26
norgestimate-eth estradiol.....	56	OMNIPOD 5 PACK.....	59	pediatric electrolyte.....	116
norgestim-eth estrad triphasic.....	57	OMNIPOD DASH 5 PACK PODS.....	59	PEDVAX HIB.....	26
NORLYROC.....	57	OMNIPOD STARTER.....	59	peg 3350.....	73
NORPACE CR.....	45	once daily.....	124	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	73
NORTREL 0.5/35 (28).....	57	once daily/iron.....	124	peg-3350/electrolytes.....	73
NORTREL 1/35 (21).....	57	ondansetron.....	68	PEGASYS.....	40
NORTREL 1/35 (28).....	57	ondansetron hcl.....	68	PEMAZYRE.....	18
NORTREL 7/7/7.....	57	one daily.....	124	penicillamine.....	52
nortriptyline hcl.....	105	ONTRUZANT.....	18	penicillin g pot in dextrose.....	44
NORVIR.....	35	ONUREG.....	21	penicillin g potassium.....	44
norwegian cod liver oil.....	124	OPSUMIT.....	50	penicillin g procaine.....	44
NOVAFERRUM.....	79	ORALYTE.....	116	penicillin g sodium.....	44
NOVAFERRUM 50.....	79	ORALYTE FREEZER POPS.....	116	penicillin v potassium.....	44
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON.....	124	ORA-PLUS.....	51	PENTACEL.....	27
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS.....	79	ORASEP.....	129	pentamidine isethionate.....	39
NOVOLIN 70/30.....	59	ORGOVYX.....	16	pentoxifylline er.....	77
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	59	ORKAMBI.....	90	PENTRAVAN.....	135
NOVOLIN N.....	59	ORSYTHIA.....	57	PENTRAVAN PLUS.....	135
NOVOLIN N FLEXPEN.....	59	OS-CAL.....	118	peptic relief.....	68
NOVOLIN R.....	59	oseltamivir phosphate.....	40	perindopril erbumine.....	51
NOVOLIN R FLEXPEN.....	59	oxacillin sodium.....	44	PERIOGARD.....	129
NOVOLOG.....	59	oxaliplatin.....	15	PERIOMED.....	129
NOVOLOG FLEXPEN.....	59	oxandrolone.....	53	permethrin.....	134
NOVOLOG MIX 70/30.....	59	oxcarbazepine.....	102	perphenazine.....	108
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN.....	59	oxybutynin chloride.....	75	PERSERIS.....	108
NOVOLOG PENFILL.....	59	oxybutynin chloride er.....	75	petrolatum.....	51
NOXAFIL.....	37	oxycodone hcl.....	30	PFIZERPEN.....	44
NUBEQA.....	15	oxycodone-acetaminophen.....	30	pharbedryl.....	88
NUEDEXTA.....	110	OXYCONTIN.....	29	PHARBETOL.....	33
NUFERA.....	79	OYSCO 500.....	118	PHARBETOL EXTRA STRENGTH.....	33
NU-IRON.....	79	OYSCO 500+D.....	118	PHAZYME MAXIMUM STRENGTH.....	70
NULOJIX.....	25	oyster shell calcium.....	118	phendimetrazine tartrate.....	113
NULYTELY LEMON-LIME.....	73	oyster shell calcium 500 + d.....	118	phendimetrazine tartrate er.....	113
NU-MAG.....	118	oyster shell calcium w/d.....	118	phenelzine sulfate.....	105
NUPLAZID.....	107	oyster shell calcium/d.....	118	phenobarbital.....	102
NUTRILIPID.....	120	oyster shell calcium/vitamin d.....	118	phenobarbital sodium.....	102
NYAMYC.....	132	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	61	phentermine hcl.....	113
NYLIA 7/7/7.....	57	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	61	PHENYTEK.....	102
NYMALIZE.....	47	PACERONE.....	45	phenytoin.....	102
NYMYO.....	57	paclitaxel.....	22	phenytoin sodium.....	102
		pain & fever childrens.....	33	phenytoin sodium extended.....	102
				PHESGO.....	18

PHILITH	57	PRIFTIN	36	qc loratadine-d	96
phytonadione	124, 125	primaquine phosphate	39	qc miconazole 7	76
PIFELTRO	35	primidone	102	qc milk of magnesia	74
pilocarpine hcl	81, 129	PRIVIGEN	25	qc natural vegetable	74
pimozone	108	probenecid	34	qc natural vegetable laxative	74
PIMTREA	57	PROCALAMINE	120	qc non-aspirin childrens	33
pindolol	47	prochlorperazine	69	qc non-aspirin extra strength	33
pioglitazone hcl	61	prochlorperazine edisylate	69	qc pain relief	33
piperacillin sod-tazobactam so	44	prochlorperazine maleate	69	qc pain relief childrens	33
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	18	PROCIT	77, 78	qc pain relief extra strength	33
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	18	PROCTO-MED HC	135	qc povidone iodine	135
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	19	PROCTO-PAK	135	qc stool softener	74
PIRMELLA 1/35	57	PROCTOZONE-HC	135	qc stool softener pls laxative	74
piroxicam	28	PROGRAF	25	qc suphedrine maximum strength	96
PLASMA-LYTE 148	115	PROLASTIN-C	90	qc tolnaftate	132
PLASMA-LYTE A	115	PROLENZA	82	qc triple antibiotic max st	130
PLENAMINE	120	PROLIA	65	qc tussin cf	96
PLENVU	73	PROMACTA	77	qc tussin dm cough/congestion	96
podofilox	135	promethazine hcl	69	qc tussin mucus/congestion	96
poly vitamin	125	promethazine-codeine	96	QINLOCK	19
Polyethylene glycol 3350	51	promethazine-dm	96	Q-SORB	114
polymyxin b-trimethoprim	82	promethazine-phenyleph-codeine	96	Q-SORB CO Q-10	114
poly-tussin ac	96	propafenone hcl	45	QSYMIA	113
polyvitamin/iron	125	propafenone hcl er	45	QUADRACEL	27
POMALYST	22	proparacaine hcl	83	quetiapine fumarate	108
PORTIA-28	57	propranolol hcl	47	quetiapine fumarate er	108
posaconazole	37	propranolol hcl er	47	quinapril hcl	51
potassium chloride	115, 116	propylthiouracil	52	quinapril-hydrochlorothiazide	49
potassium chloride crys er	116	PROQUAD	27	quinidine sulfate	45
potassium chloride er	116	PROSOL	120	quinine sulfate	40
potassium chloride in dextrose	115	protriptyline hcl	105	ra balanced b-100	125
potassium chloride in nacl	115	pseudoeph-bromphen-dm	96	ra balanced b-50	125
potassium citrate er	76	pseudoephedrine hcl	96	ra coenzyme q-10	114
povidone-iodine	135	pseudoephedrine hcl er	96	ra vitamin b-1	125
PRALUENT	46	PULMICORT FLEXHALER	91	ra vitamin b12	125
pramipexole dihydrochloride	99	PULMOZYME	90	ra vitamin c cr	125
prasugrel hcl	80	purevit dualfe plus	79	RABAVERT	27
pravastatin sodium	46	PURIXAN	21	rabeprazole sodium	71
praziquantel	39	pyrazinamide	36	raloxifene hcl	63
prazosin hcl	44	pyridostigmine bromide	110	ramipril	51
prednisolone	64	pyridoxine hcl	125	ranolazine er	50
prednisolone acetate	82	qc all day allergy	88	rasagiline mesylate	99
prednisolone sodium phosphate	64, 82	qc antacid	67	RAYALDEE	53
prednisone	65	qc antacid/anti-gas	67	RECLIPSEN	57
PREDNISONE INTENSOL	64	qc anti-diarrheal	68	RECOMBIVAX HB	27
preferred plus insulin syringe	59	qc anti-itch extra strength	132	RECTIV	136
pregabalin	102	qc arthritis pain relief	33	reeses pinworm medicine	39
pregabalin er	110	qc aspirin	33	REFRESH	84
PREMASOL	120	qc calamine	135	REFRESH CELLUVISC	83
prenatal	116, 125	qc childrens allergy	88	REFRESH LIQUIGEL	83
prenatal vitamin plus low iron	116	qc childrens ibuprofen	29	REFRESH OPTIVE	83
prenatal vitamins	125	qc diarrhea relief	68	REFRESH OPTIVE ADVANCED	83
PRESERVISION AREDS	125	qc enema	73	REFRESH OPTIVE ADVANCED	
PRESERVISION AREDS 2	125	qc enteric aspirin	33	PF	83
PRESERVISION/LUTEIN	125	qc epsom salt	73	REFRESH OPTIVE MEGA-3	83
PREVALITE	46	qc fexofenadine hydrochloride	88	REFRESH OPTIVE PF	83
PREVIFEM	57	qc fiber laxative	73	REFRESH PLUS	83
PREVYMIS	40	qc gas relief extra strength	70	REFRESH RELIEVA	84
PREZCOBIX	36	qc gentle laxative	73	REFRESH TEARS	84
PREZISTA	35	qc loratadine allergy relief	88	REGRANEX	129

RELENZA DISKHALER	40	SAJAZIR	77	sm allergy childrens	88
RELI-ON INSULIN SYRINGE	59	SANDIMMUNE	25	sm allergy relief	88
RELISTOR	70	SANTYL	129	sm animal shapes kids first	125
REMEDY ANTIFUNGAL	132	sapropterin dihydrochloride	63	sm antacid advanced	67
REMEDY PHYTOPLEX ANTIFUNGAL	132	sb allergy relief/nasal decong	96	sm antacid advanced max st	67
REMICADE	23	sb lice killing max st	134	sm antacid maximum strength	67
RENAL	125	sb oyster shell calcium	118	sm antacid/antigas	67
rena-vite	125	scopolamine	69	sm antibiotic	130
RENFLEXIS	23	SECUADO	108	sm anti-diarrheal	68
reno caps	125	selegiline hcl	99	sm antifungal clotrimazole	132
repaglinide	61	selenious acid	120	sm antifungal miconazole	132
RESTASIS	84	selenium sulfide	132	sm antifungal tolnaftate	132
RESTASIS MULTIDOSE	84	SELZENTRY	35	sm anti-itch extra strength	132
RESTORA RX	70	SENEXON-S	74	sm antiseptic skin cleanser	136
RETEVMO	19	senna	74	sm arthritis pain relief	33
REVLIMID	22	senna laxative	74	sm aspirin	33
REXULTI	108	senna plus	74	sm aspirin ec	33
REYATAZ	35	senna s	74	sm athletes foot	132
REZUROCK	25	senna-lax	74	sm b100 complex	125
RHOPRESSA	81	senna-s	74	sm balanced b-50	125
RIABNI	19	senna-tabs	74	sm b-complex	125
ribavirin	40	senna-time	74	sm calamine	136
RID LICE KILLING SHAMPOO	134	senna-time s	74	sm calamine phenolated	136
rifabutin	36	SENNO	74	sm calcium 600/vitamin d	118
rifampin	36	SEREVENT DISKUS	89	sm calcium citrate w/vit d3	118
riluzole	110	sertraline hcl	105	sm calcium-magnesium-zinc	119
rimantadine hcl	40	se-tan plus	79	sm chewable c	125
RINVOQ	23	SETLAKIN	57	sm childrens ibuprofen	29
risedronate sodium	65	sevelamer carbonate	51	sm childrens loratadine	88
RISPERDAL CONSTA	108	SHAROBEL	57	sm clotrimazole vaginal	76
risperidone	108	SHINGRIX	27	sm coenzyme q-10	114
ritonavir	35	SIGNIFOR	63	sm cough dm	97
RITUXAN	19	silace	74	sm cough dm childrens	97
RITUXAN HYCELA	19	siladryl allergy	88	sm ear drops	136
rivastigmine	104	sildenafil citrate	50	sm enema	74
rivastigmine tartrate	104	silphen dm cough	96	sm fexofenadine hcl	88
RIVELSA	57	siltussin das	96	sm fiber	74
rizatriptan benzoate	110	siltussin dm das	97	sm folic acid	125
robafen cf multi-symptom cold	96	siltussin sa	97	sm gas relief	70
ROBAFEN DM CGH/CHEST		siltussin-dm alcohol free	97	sm gas relief antiflatuent	70
CONGEST	96	silver sulfadiazine	130	sm gas relief extra strength	70
ROBAFEN DM COUGH	96	SIMBRINZA	81	sm gas relief infants	70
ROBAFEN MUCUS/CHEST		SIMLIYA	57	sm gentle laxative	74
CONGESTION	96	SIMPESSE	57	sm ibuprofen ib	29
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH	96	simvastatin	46	sm infants ibuprofen	29
ropinirole hcl	99	sinus 12 hour	97	sm iron slow release	79
ROSADAN	136	sinus nasal spray	97	sm lice killing max strength	134
rosuvastatin calcium	46	sinus relief extra strength	97	sm lice solution kit	134
ROTARIX	27	sirolimus	25, 26	sm lice treatment	134
ROTATEQ	27	SIRTURO	36	sm loratadine	88
ROWEEPRA	102	SIVEXTRO	39	sm loratadine allergy relief	88
ROZLYTREK	19	SKYRIZI	23	sm lorata-dine d	97
RUBRACA	19	SKYRIZI (150 MG DOSE)	23	sm lubricant eye drops	84
rufinamide	102	SKYRIZI PEN	23	sm lubricating plus	84
RUKOBIA	35	slow release iron	79	sm lubricating tears	84
RUXIENCE	19	sm 3-day vaginal	76	sm magnesium	119
RYBELSUS	61	sm 8 hour pain relief	33	sm miconazole 3	76
RYDAPT	19	sm all day allergy	88	sm miconazole 3 applicator	76
rynex pse	96	sm all day allergy childrens	88	sm miconazole 7	76
		sm all day allergy-d	97	sm milk of magnesia	74

<i>sm multiple vitamins essential</i>	125	<i>spironolactone-hctz</i>	49	SYSTANE OVERNIGHT
<i>sm multiple vitamins/iron</i>	125	SPRINTEC 28	57	THERAPY
<i>sm nasal decongestant max st</i>	97	SPRITAM	102, 103	SYSTANE PRESERVATIVE FREE
<i>sm nasal decongestant pe</i>	97	SPRYCEL	19	SYSTANE ULTRA
<i>sm nasal spray</i>	97	SPS	52	SYSTANE ULTRA PF
<i>sm nasal spray 12 hour</i>	97	SRONYX	57	TAB-A-VITE
<i>sm nasal spray moisturizing</i>	97	SSD	130	TAB-A-VITE/BETA CAROTENE
<i>sm nasal spray sinus</i>	97	STELARA	23, 24	<i>tab-a-vite/iron</i>
<i>sm nicotine</i>	113	<i>sterile water for irrigation</i>	129	TABLOID
<i>sm nicotine polacrilex</i>	113	<i>stimulant laxative</i>	74	TABRECTA
<i>sm nose drops nasal decongest</i>	97	STIVARGA	19	<i>tacrolimus</i>
<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i>	119	<i>stomach relief</i>	68	TAFINLAR
<i>sm pain & fever childrens</i>	33	<i>stool softener</i>	74	TAGRISSO
<i>sm pain & fever infants</i>	33	<i>stool softener laxative</i>	75	TALTZ
<i>sm pain relief</i>	34	<i>stool softener plus laxative</i>	75	TALZENNA
<i>sm pain reliever</i>	34	<i>streptomycin sulfate</i>	39	<i>tamoxifen citrate</i>
<i>sm pain reliever ex st</i>	34	<i>stress formula</i>	126	<i>tamsulosin hcl</i>
<i>sm pediatric electrolyte</i>	116	<i>stress formula/iron</i>	126	TARGETIN
<i>sm povidone-iodine</i>	136	STRIBILD	36	TARINA 24 FE
<i>sm senna laxative</i>	74	STROVITE FORTE	126	TARINA FE 1/20 EQ
<i>sm senna-s</i>	74	STROVITE ONE	126	TASIGNA
<i>sm stomach relief</i>	68	SUBVENITE	103	<i>tazarotene</i>
<i>sm stool softener</i>	74	<i>sucralfate</i>	70	TAZICEF
<i>sm stool softener/laxative</i>	74	SUDOGEST	97	TAZORAC
<i>sm super b complex/c</i>	125	<i>sudogest 12 hour</i>	97	TAZTIA XT
<i>sm triple antibiotic</i>	130	SUDOGEST MAXIMUM		TAZVERIK
<i>sm triple antibiotic max st</i>	130	STRENGTH	97	TDVAX
<i>sm tussin cf</i>	97	<i>sulfacetamide sodium</i>	82	TECENTRIQ
<i>sm tussin cough/chest congest</i>	97	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	129	TEFLARO
<i>sm tussin dm</i>	97	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	81	<i>telmisartan</i>
<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	97	<i>sulfadiazine</i>	39	<i>telmisartan-amlodipine</i>
<i>sm vit c/rose hips</i>	125	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	39	<i>telmisartan-hctz</i>
<i>sm vitamin b1</i>	125	SULFAMYRON	130	<i>temazepam</i>
<i>sm vitamin b-12</i>	125	<i>sulfasalazine</i>	71	TEMIXYS
<i>sm vitamin b12 tr</i>	125	<i>sulindac</i>	29	TENIVAC
<i>sm vitamin b-6</i>	125	<i>sumatriptan</i>	110	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>
<i>sm vitamin c</i>	126	<i>sumatriptan succinate</i>	110, 111	TEPMETKO
<i>sm vitamin c cr</i>	126	<i>sumatriptan succinate refill</i>	110	<i>terazosin hcl</i>
<i>sm vitamin d3</i>	126	<i>sunitinib malate</i>	19	<i>terbinafine hcl</i>
<i>sm vitamin e</i>	126	SUPER NU-THERA	126	<i>terbutaline sulfate</i>
<i>sm zinc gluconate</i>	119	SUPER QINTS B-50	126	<i>terconazole</i>
<i>sodium bicarbonate</i>	67	<i>superplex-t</i>	126	TESSALON PERLES
<i>sodium chloride</i>	97, 115, 129	<i>suphedrine 12hour</i>	98	<i>testosterone</i>
<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	84	SUPREP BOWEL PREP KIT	75	<i>testosterone cypionate</i>
<i>sodium fluoride</i>	116	SYEDA	57	<i>testosterone enanthate</i>
<i>sodium phenylbutyrate</i>	63	SYMBICORT	89	<i>tetrabenazine</i>
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	52	SYMDEKO	90	<i>tetracycline hcl</i>
<i>solifenacin succinate</i>	75	SYMJEPI	90	THALOMID
SOLIQUA	60	SYMPAZAN	103	THEO-24
SOLTAMOX	16	SYMTUZA	36	<i>theophylline</i>
SOLU-CORTEF	65	SYNAREL	63	<i>theophylline er</i>
SOMATULINE DEPOT	63	SYNERCID	39	TERA
SOMAVERT	63	SYNJARDY	61	<i>theratears</i>
SOOTHE & COOL INZO		SYNJARDY XR	61	<i>theratears pf</i>
ANTIFUNGAL	132	SYNRIBO	22	THEREMS
SORINE	45	SYNTHROID	52	<i>thiamine hcl</i>
<i>sotalol hcl</i>	45	SYSTANE	84	<i>thiamine mononitrate</i>
<i>sotalol hcl (af)</i>	45	SYSTANE BALANCE	84	<i>thioridazine hcl</i>
<i>span c</i>	126	SYSTANE COMPLETE	84	<i>thiothixene</i>
<i>spironolactone</i>	45			<i>thrivite 19</i>

TIADYLT ER	48	TRI-LO-ESTARYLLA	57	valproate sodium	103
<i>tiagabine hcl</i>	103	TRI-LO-MARZIA	58	valproic acid	103
TIBSOVO	19	TRI-LO-MILI	58	valsartan	45
<i>tigecycline</i>	44	TRI-LO-SPRINTEC	58	valsartan-hydrochlorothiazide	49
TILIA FE	57	<i>trimethoprim</i>	39	VALTOCO 10 MG DOSE	103
<i>timolol maleate</i>	47, 81	TRI-MILI	58	VALTOCO 15 MG DOSE	103
TIVICAY	35	<i>trimipramine maleate</i>	105	VALTOCO 20 MG DOSE	103
TIVICAY PD	35	TRINTELLIX	105	VALTOCO 5 MG DOSE	103
<i>tizanidine hcl</i>	100	TRI-NYMYO	58	VANADOM	100
<i>tl-hem 150</i>	80	<i>triphocaps</i>	126	<i>vancomycin hcl</i>	39
TOBRADEX	81	<i>triple antibiotic</i>	130	<i>vancomycin hcl in nacl</i>	39
TOBRADEX ST	81	<i>triple antibiotic plus</i>	130	VANDAZOLE	76
<i>tobramycin</i>	39, 82	<i>triple antibiotic+pain relief</i>	130	VAQTA	27
<i>tobramycin sulfate</i>	39	TRI-PREVIFEM	58	VARIVAX	27
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	81	TRI-SPRINTEC	58	VASCEPA	46
<i>tolnaftate</i>	132	TRIUMEQ	36	<i>vegetable lax+stool softener</i>	75
<i>tolnaftate antifungal</i>	132	<i>tri-vitamin/fluoride</i>	126	VELCADE	20
<i>tolterodine tartrate</i>	75	TRIVORA (28)	58	VELIVET	58
<i>tolterodine tartrate er</i>	75	TRI-VYLIBRA	58	VELTASSA	52
<i>topiramate</i>	103	TRI-VYLIBRA LO	58	VEMLIDY	40
TOPOSAR	22	TROGARZO	35	VENCLEXTA	20
<i>toremifene citrate</i>	16	TROPHAMINE	120	VENCLEXTA STARTING PACK	20
<i>torsemide</i>	49	<i>trospium chloride</i>	75	<i>venlafaxine hcl</i>	106
<i>total b/c</i>	126	TRULICITY	61	<i>venlafaxine hcl er</i>	105
TOVIAZ	75	TRUMENBA	27	VENOFER	80
TPN ELECTROLYTES	115	TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE)	19	VENTAVIS	50
TRADJENTA	61	TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE)	19	VENTOLIN HFA	89
TRALEMENT	120	TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE)	19	<i>verapamil hcl</i>	48
<i>tramadol hcl</i>	30	TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE)	19	<i>verapamil hcl er</i>	48
<i>tramadol-acetaminophen</i>	30	TRUXIMA	20	VERSACLOZ	108
<i>trandolapril</i>	51	TUKYSA	20	VERZENIO	20
<i>tranexamic acid</i>	77	TURALIO	20	VESTURA	58
<i>tranylcypromine sulfate</i>	105	TUSNEL C	98	V-GO 20	60
TRAVASOL	120	<i>tusnel diabetic</i>	98	V-GO 30	60
TRAZIMERA	19	TUSNEL-EX	98	V-GO 40	60
<i>trazodone hcl</i>	105	TUSSICAPS	98	VICTOZA	62
TRECATOR	36	<i>tussin cf</i>	98	VIENVA	58
TRELEGY ELLIPTA	89	<i>tussin cf multi-symptom cold</i>	98	<i>vigabatrin</i>	103
TRELSTAR MIXJECT	16	<i>tussin cough</i>	98	VIGADRONE	103
<i>treprostинil</i>	50	<i>tussin dm</i>	98	VIIBRYD	106
TRESIBA	60	<i>tussin dm cough + chest</i>	98	VIIBRYD STARTER PACK	106
TRESIBA FLEXTOUCH	60	<i>tussin dm max</i>	98	VIMPAT	103
<i>tretinoin</i>	22, 129	<i>tussin mucus & chest congest</i>	98	<i>vincristine sulfate</i>	22
<i>triamcinolone acetonide</i>	129, 134	<i>tussin mucus+chest congestion</i>	98	<i>vinorelbine tartrate</i>	22
<i>tramterene-hctz</i>	49	<i>tussin multi-symptom cold cf</i>	98	<i>viorele</i>	58
<i>tri-buffered aspirin</i>	34	TWINRIX	27	VIRACEPT	35
TRICARE	116	TYBOST	35	VIREAD	35
TRICON	80	TYDEMY	58	<i>virt-caps</i>	126
TRIDERM	134	TYPHIM VI	27	VIRT-GARD	126
<i>trientine hcl</i>	52	UBRELVY	111	<i>virtussin a/c</i>	98
TRI-ESTARYLLA	57	UDAMIN SP	126	<i>virtussin ac wlalc</i>	98
TRIFERIC	80	UKONIQ	20	<i>virtussin dac</i>	98
<i>trifluoperazine hcl</i>	108	<i>ultra lubricating eye drops</i>	84	vita-bee/c	126
<i>trifluridine</i>	82	UNITHROID	52	VITAFOL	126
<i>trigels-f forte</i>	80	<i>ursodiol</i>	70	VITAL-D RX	126
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	99	valacyclovir hcl	40	<i>vitamin a</i>	127
TRIJARDY XR	61	VALCHLOR	136	<i>vitamin b-1</i>	127
TRIKAFTA	90	<i>valganciclovir hcl</i>	40	<i>vitamin b-12</i>	127
TRI-LEGEST FE	57			<i>vitamin b-12 er</i>	127
TRI-LINYAH	57			<i>vitamin b12 tr</i>	127

vitamin b-6.....	127	XTANDI.....	16
vitamin c.....	127	XULANE.....	58
vitamin c er.....	127	XULTOPHY.....	60
vitamin c/rose hips tr.....	127	XYREM.....	111
vitamin c-rose hips er.....	127	YF-VAX.....	27
vitamin c-rose hips tr.....	127	yl coenzyme q10.....	114
vitamin d.....	127, 128	YUVAFEM.....	64
vitamin d (cholecalciferol).....	127	ZAFEMY.....	58
vitamin d (ergocalciferol).....	127	zafirlukast.....	91
vitamin d3.....	128	zaleplon.....	110
vitamin e.....	128	ZARAH.....	58
vitamin k1.....	128	ZARXIO.....	78
vitamins acd-fluoride.....	128	ZEASORB-AF.....	132
vitamins for hair.....	128	ZEJULA.....	20
VITRAKVI.....	20	ZELBORAF.....	20
VITREXYL.....	128	ZEMAIRA.....	91
VITREXYL + IRON.....	128	ZENATANE.....	129
VIVITROL.....	114	ZENPEP.....	71
VIZIMPRO.....	20	ZERVIASTE.....	80
voriconazole.....	37	zidovudine.....	35
VOSEVI.....	40	zinc.....	119
VOTRIENT.....	20	zinc chloride.....	120
vp-vite rx.....	128	zinc gluconate.....	119
VRAYLAR.....	108, 109	zinc oxide.....	136
VYFEMLA.....	58	zinc sulfate.....	119
VYLIBRA.....	58	ziprasidone hcl.....	109
VYZULTA.....	81	ziprasidone mesylate.....	109
warfarin sodium.....	77	ZIRABEV.....	20
wee care.....	80	ZIRGAN.....	82
WERA.....	58	zoledronic acid.....	65
westab mini.....	128	ZOLINZA.....	20
womens laxative.....	75	zolmitriptan.....	111
WYMZYA FE.....	58	zolpidem tartrate.....	110
XALKORI.....	20	zonisamide.....	103
XARELTO.....	77	zoo friends.....	128
XARELTO STARTER PACK.....	77	zoo friends complete.....	128
XATMEP.....	24	zoo friends gummies.....	128
XCOPRI.....	103	ZORTRESS.....	26
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)..	103	ZOSTRIX HP.....	136
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)..	103	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
XELJANZ.....	24	136
XELJANZ XR.....	24	ZOVIA 1/35 (28).....	58
XENICAL.....	63	ZUMANDIMINE.....	58
XERAC AC.....	136	ZYDELIG.....	20
XERMELO.....	70	ZYKADIA.....	20
XGEVA.....	65	ZYLET.....	81
XIFAXAN.....	70	ZYPREXA RELPREVV.....	109
XIGDUO XR.....	62		
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	40		
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	40		
XOLAIR.....	90		
XOSPATA.....	20		
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	20		
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ..	20		
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ..	20		
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ..	20		
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ..	20		
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ..	20		
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ..	20		

Neighborhood INTEGRITY | (Plan de Medicare-Medicaid)

Formulario de 2022: Lista de medicamentos cubiertos

Si tiene preguntas, comuníquese con Neighborhood INTEGRITY, llamando al 1-844-812-6896, de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 8 p. m. Los sábados por la tarde, los domingos y los días festivos es posible que se le solicite que deje un mensaje. Se le devolverá la llamada el próximo día hábil. La llamada es gratuita. TTY: 711. Para obtener más información, visite www.nhpri.org/INTEGRITY. No hemos realizado cambios a este formulario desde el 10/05/2021.

H9576_PharmDrugList22 Approved 8/26/2021

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