



Neighborhood INTEGRITY (plan de Medicare-Medicaid) 2023 Formulario: Lista de medicamentos cubiertos

Para pedirnos información más reciente o hacernos alguna pregunta, puede llamarnos al 1-844-812-6896 o al 711 para TTY de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y sábados de 8 a.m. a 12 m., o visitar www.nhpri.org/INTEGRITY. No hemos hecho cambios a esta lista de medicamentos desde el 21 de septiembre de 2022.

Mensaje importante sobre el pago de vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para Miembros para más información.

Neighborhood INTEGRITY| Lista de Medicamentos Cubiertos 2023 (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, PA (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
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	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.

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
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	168

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.

- ❖ 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
មានសោភាម្នល់នូយដែឡូកភាសាអោយមិនគីតីថ្វីសម្រាប់អ្នក។
សូមទូរសព្ទទៅសោភាមាតិកគារយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711) ចាប់ពីម៉ោង 8
ព្រឹកដល់ 8 យប់ថ្ងៃចន្ទ - សូមរៀបចំលេខ 8 ព្រឹកដល់ 12 យប់ទៅថ្វីសៅរ៍
នៅរៀងរាល់រែស៊ូលថ្វីសៅរ៍ ថ្វីអាជិក និងថ្វីយប់សម្រាក អ្នកអាចត្រួវបានស្ថិស្ថិតិកសារទាំងអស់
ការហៅរបស់អ្នកនិងត្រួវបានគោរពត្រួវប់មកវិញ្ញុនិងថ្វីការបន្ទាប់។
ការទូរសព្ទគិតគិតថ្វី។
- ❖ Siempre puede revisar la *Lista de Medicamentos Cubiertos* actualizada de Neighborhood INTEGRITY en línea en www.nhpri.org/INTEGRITY.
- ❖ 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 atención a los miembros. Esto se denomina “solicitud vigente”. El Servicio de atención

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 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 (TTY 711).

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 (PA) o aprobación para un medicamento. (PA 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 (PA) o aprobación:** Para ciertos medicamentos, usted o su médico u otro profesional que recete el medicamento deberán obtener la PA 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 **15-167**. 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 PA y el tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos 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, PA (aprobación), límites 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.

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

En algunos casos, le informaremos con anticipación si agregamos o modificamos requisitos de PA, 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 cómo se escribe el nombre del medicamento) por el nombre del medicamento, o
- puede buscar por la enfermedad.

Para buscar **por orden alfabético**, consulte la sección Índice de medicamentos cubiertos. Puede encontrarla en la página **168**.

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 (TTY 711) 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 PA 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 acumulativo para 30 días del medicamento que necesita, 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 acumulativo para 31 días del medicamento que necesita (los límites de reposiciones son válidos para ciertos medicamentos 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 PA.
-

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) o artículos.

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 **168**. 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.

La primera columna del cuadro muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúscula (por ejemplo, SYNTHROID), y los medicamentos genéricos están en minúscula y cursiva (por ejemplo, *levothyroxine*). La información en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites en uso” le indica si Neighborhood INTEGRITY tiene alguna regla para cubrir su medicamento.

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 Enfermedad

FECHA EFECTIVA: 1/1/2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
Agentes Alquilantes		
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nivel 2)	B/D; LA; 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, 2 gm/10ml, 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)	
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 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

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
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
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		
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
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg, 3.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; 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 tabletas cada 30 días); NDS
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); 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

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (150 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas cada 28 días); 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; LA; NDS
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 tabletas cada 28 días); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas cada 30 días); 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); 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 tabletas cada 30 días); NDS
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D; LA; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (21 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (42 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (63 tabletas cada 28 días); NDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); 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 tabletas cada 30 días); 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

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 tabletas cada 30 días); NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 cápsulas cada 28 días); NDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; 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
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
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 tabletas cada 30 días); NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (300 tabletas cada 30 días); NDS
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); 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 cápsulas cada 30 días); 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 tabletas cada 30 días); 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); 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
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
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (112 tabletas cada 28 días)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (42 tabletas cada 28 días); NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 tabletas cada 28 días); 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
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); 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

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (4 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (4 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (24 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (32 tabletas cada 28 días); NDS
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); 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; LA; 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
Agentes Protectores		
leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Antibióticos		
doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100ML, 50 MG/25ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
Antimetabolitos		
azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
cytarabine injection solution 20 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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; LA; 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
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	
Diversos		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (91 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (49 tabletas cada 28 días); 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
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
Inhibidores Mitóticos		
<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

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>paclitaxel protein-bound part intravenous suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
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		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas cada 28 días); NDS
<i>lenalidomide oral capsule 20 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas cada 28 días); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas cada 28 días); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 cápsulas cada 28 días); NDS
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoinmunes		
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 recambios cada 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 frascos cada 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 jeringas cada 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 frascos cada 28 días); NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 plumas cada 28 días); 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días); 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 jeringas cada 28 días); NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 jeringas cada 28 días); NDS
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 plumas cada 28 días); NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 28 días); NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (110 tabletas cada año); NDS
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 tabletas cada año); NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 frascos cada año); NDS
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 plumas cada 365 días); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 360 MG/2.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 recambio cada 56 días); 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 jeringas cada 365 días); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-Injector 80 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (3 jeringas cada 28 días); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (3 jeringas cada 28 días); NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (480 ml cada 24 días); NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); 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 tabletas cada 30 días)
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	\$0 (Nivel 1)	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; 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; LA
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; LA; 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (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; LA; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	B/D; LA; 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; LA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 jeringas cada 28 días); 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, 1 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
<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

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 2)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nivel 2)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nivel 2)	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	\$0 (Nivel 2)	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML, 20 MCG/ML (PREFILLED SYRINGE)	\$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)	
IPOP INJECTION INJECTABLE	\$0 (Nivel 2)	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nivel 2)	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED , (96-30-68-1-80-2-16-3-64-20 VAR UNITS)	\$0 (Nivel 2)	
<i>prehevbrio intramuscular suspension 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)	\$0 (Nivel 2)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$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, 5 MCG/0.5ML (PREFILLED SYRINGE)	\$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 frascos por vida)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	\$0 (Nivel 2)	B/D
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	
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	\$0 (Nivel 2)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	\$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)	

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	\$0 (Nivel 2)	
ANALGÉSICOS		
Aine		
ADVIL JUNIOR STRENGTH ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
celecoxib oral capsule 400 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
CHILDRENS ADVIL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
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)	
diflunisal oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
ec-naproxen oral tablet delayed release 375 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
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 oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml	\$0 (Nivel 3)	DP
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (Nivel 1)	
ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml	\$0 (Nivel 3)	DP
ibuprofen junior strength oral tablet chewable 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 ADVIL ORAL SUSPENSION 50 MG/1.25ML	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
infants ibuprofen oral suspension 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 tabletas cada 30 días)
naproxen oral tablet delayed release 500 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg	\$0 (Nivel 1)	
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	\$0 (Nivel 1)	
px childrens profen ib oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
px ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px infants profen ib oral suspension 50 mg/1.25ml	\$0 (Nivel 3)	DP
qc childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm ibuprofen ib childrens oral tablet chewable 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm ibuprofen ib oral tablet chewable 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg	\$0 (Nivel 1)	
tgt childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
tgt ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
Aolgésicos 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 parches cada 28 días)
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 parches cada 30 días)
hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
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 tabletas cada 30 días)
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 ml cada 30 días)
methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (450 ml cada 30 días)
methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
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 tabletas cada 30 días)

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Analgésicos Opioides, De Acción Rápida		
acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	QL (2700 ml cada 30 días)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (400 tabletas cada 30 días)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 pastillas cada 30 días); NDS
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 pastillas cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml	\$0 (Nivel 1)	QL (2700 ml cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ml cada 30 días)
hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
morphine sulfate (concentrate) oral solution 20 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	QL (180 ml cada 30 días)
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 10 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 ml cada 30 días)
morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	
oxycodone hcl oral capsule 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (180 cápsulas cada 30 días)
oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	QL (180 ml cada 30 días)
oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días)
oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
tramadol hcl oral tablet 50 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
Diversos		
8 hour arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
8 hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
8hr muscle aches & pain oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen 8 hour oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen childrens oral solution 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen er oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen extra strength oral capsule 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen extra strength oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen infants oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen oral solution 160 mg/5ml, 325 mg/10.15ml, 650 mg/20.3ml	\$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml, 325 mg/10.15ml, 650 mg/20.3ml	\$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen oral tablet 325 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen oral tablet chewable 160 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen rectal suppository 120 mg, 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
adult aspirin regimen oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
APHEN ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
aspirin ec adult low strength oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
aspirin ec low strength oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens apap oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens silapap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ECOTRIN LOW STRENGTH ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ECOTRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ed-apap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL ADULTS RECTAL SUPPOSITORY 650 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL CHILDRENS RECTAL SUPPOSITORY 120 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL INFANTS RECTAL SUPPOSITORY 80 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL JUNIOR STRENGTH RECTAL SUPPOSITORY 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp 8 hour arthritis relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp 8 hour pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp acetaminophen ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp infants pain/fever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain relief oral tablet 325 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
goodsense arthritis pain oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense aspirin adults oral tablet 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense aspirin oral tablet delayed release 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense pain & fever child oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense pain relief extra st oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense pain relief oral tablet 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
HEALTHY MAMA SHAKE THAT ACHE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
hm acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm adult aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm aspirin ec low dose oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm aspirin oral tablet delayed release 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm pain relief extra strength oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm pain relieve child dye-free oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm pain reliever infants oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm pain reliever oral tablet 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
liquid acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
liquid pain relief oral liquid 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
mapap arthritis pain oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
MAPAP CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE 160 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
mapap oral capsule 500 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
mapap oral liquid 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
m-pap oral liquid 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
non-aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
nortemp infants oral suspension 80 mg/0.8ml	\$0 (Nivel 3)	DP
NORTEMP ORAL SUSPENSION 160 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
pain relief extra strength oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
pain relief regular strength oral tablet 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARBETOL EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARBETOL ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
px arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px childrens pain relief oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
px pain relief extra strength oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc acetaminophen 8 hours oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc aspirin oral tablet delayed release 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc enteric aspirin oral tablet delayed release 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc non-aspirin childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
qc non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc pain relief childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
qc pain relief extra strength oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc pain relief oral tablet 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm aspirin ec oral tablet delayed release 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain relief oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever ex st oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt acetaminophen ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt childrens acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tri-buffered aspirin oral tablet 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 tabletas cada 30 días)
<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 cápsulas cada 30 días)
<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

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<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 ml cada 30 días); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (480 tabletas cada 30 días)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); 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 25 MG	\$0 (Nivel 2)	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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)	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0 (Nivel 2)	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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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		
cycloserine oral capsule 250 mg	\$0 (Nivel 2)	NDS
ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg	\$0 (Nivel 1)	
isoniazid oral syrup 50 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	\$0 (Nivel 1)	
PASER ORAL PACKET 4 GM	\$0 (Nivel 2)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	
pyrazinamide oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
rifabutin oral capsule 150 mg	\$0 (Nivel 1)	
rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg	\$0 (Nivel 1)	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	\$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		
abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg	\$0 (Nivel 1)	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 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 120-15 MG, 200-25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
efavirenz-emtricitab-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg	\$0 (Nivel 2)	NDS
efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg	\$0 (Nivel 2)	NDS
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); 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)	

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
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
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<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 ml cada 30 días); 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 tabletas cada 30 días); NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada año)
<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 tabletas cada 30 días)

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
voriconazole oral tablet 50 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (480 tabletas cada 30 días)
Antiinfectivos, Varios		
albendazole oral tablet 200 mg	\$0 (Nivel 2)	NDS
amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml	\$0 (Nivel 1)	
atovaquone oral suspension 750 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	\$0 (Nivel 1)	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%	\$0 (Nivel 2)	
clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml	\$0 (Nivel 1)	
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg	\$0 (Nivel 1)	
cvs pinworm treatment oral suspension 144 (50 base) mg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg	\$0 (Nivel 1)	
daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 2)	NDS
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (12 tabletas cada año); NDS
ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
gnp antibacterial urinary pain oral tablet 162-162.5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
ivermectin oral tablet 3 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (12 tabletas cada 90 días)
linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%	\$0 (Nivel 1)	
linezolid intravenous solution 600 mg/300ml	\$0 (Nivel 1)	
linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 2)	QL (1800 ml cada 30 días); 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<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 intravenous solution 500 mg/100ml</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 tabletas cada 30 días); 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)	
<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>pin-away oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>reeses pinworm medicine oral suspension 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 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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 cápsulas cada 180 días)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (160 cápsulas cada 180 días)
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)	
<i>COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG</i>	\$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)	
<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
<i>BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML</i>	\$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
<i>HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (168 cápsulas cada año)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (84 cápsulas cada año)

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1080 ml cada año)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER	\$0 (Nivel 2)	QL (6 inhaladores cada año)
<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 (1 tableta cada 180 días)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 tableta cada 180 días)
Cefalosporinas		
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftazidime and dextrose intravenous solution reconstituted 1-5 gm-%(50ml), 2-5 gm-%(50ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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)	
<i>TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG</i>	\$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)	

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 1)	
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)	
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 1)	
erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg	\$0 (Nivel 1)	
erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg	\$0 (Nivel 1)	
erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
Fluoroquinolonas		
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%)	\$0 (Nivel 2)	
ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (Nivel 1)	
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)	

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 2400000 UNIT/4ML	\$0 (Nivel 2)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 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
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)	

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 50000000 UNIT	\$0 (Nivel 1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
CARDIOVASCULAR		
Alfabloqueantes		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antagonistas Del Receptor De Aldosterona		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antagonistas Del Receptor De Angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
valsartan oral tablet 320 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Antiarrítmicos		
amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml	\$0 (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)	
Antilipémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg-Coa		
atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Antilipémicos, Varios		
cholestyramine light oral packet 4 gm	\$0 (Nivel 1)	
cholestyramine light oral powder 4 gm/dose	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
cholestyramine oral packet 4 gm	\$0 (Nivel 1)	
cholestyramine oral powder 4 gm/dose	\$0 (Nivel 1)	
colesevelam hcl oral packet 3.75 gm	\$0 (Nivel 1)	
colesevelam hcl oral tablet 625 mg	\$0 (Nivel 1)	
colestipol hcl oral granules 5 gm	\$0 (Nivel 1)	
colestipol hcl oral packet 5 gm	\$0 (Nivel 1)	
colestipol hcl oral tablet 1 gm	\$0 (Nivel 1)	
ezetimibe oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 1)	
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
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		
acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg	\$0 (Nivel 1)	
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (Nivel 1)	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	\$0 (Nivel 1)	
labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	
nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
nebivolol hcl oral tablet 20 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	
propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
<i>TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Combinaciones Beta-Bloqueadores/Diuréticos		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 tabletas cada 30 días)
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0 (Nivel 2)	
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	\$0 (Nivel 1)	
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
olmesartan-amldipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
telmisartan-amldipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Combinaciones De Inhibidores De Eca		
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg	\$0 (Nivel 1)	
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)	

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)	
Diversos		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
alisikiren 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)	
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 tabletas cada 30 días)
droxidopa oral capsule 100 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (Nivel 2)	PA
hydralazine hcl injection solution 20 mg/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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
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)	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	
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 tabletas cada 30 días); NDS
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
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; LA; 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)	
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)	

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0 (Nivel 1)	
DIVERSOS		
Diversos		
<i>1st base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ARBEM H-COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
ARBEM LIOPEN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>az cream external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BASE PCCA CLARIFYING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cream base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>emollient base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp petroleum jelly gel</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>grape flavor liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm petroleum jelly gel</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrous emulsified base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>microderm base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MICROSOME BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oral suspend oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ORA-PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
PCCA BASE 7542 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PCCA EMOLLIENT CREAM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>petrolatum gel</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PFCB EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE ANTIOXIDANT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC NATURAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE LIGHT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE VAGINAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHYTOBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PICODERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pna-hrt base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder</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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>q-derm external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>rejuvacare plus external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SALTSTABLE LO EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>scar care external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SYRSPEND SF ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
U-BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
VANIBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vanishing cream botanical base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>versatile cream base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VERSIGEL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>v-max external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>wound care external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
XCEL 100 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
ENDOCRINO Y METABÓLICO		
Agentes Aglutinantes De Fosfato		
calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (360 cápsulas cada 30 días)
calcium acetate oral tablet 667 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm	\$0 (Nivel 2)	QL (540 paquetes cada 30 días); NDS
sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm	\$0 (Nivel 2)	QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (540 tabletas cada 30 días)
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
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)	
levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	\$0 (Nivel 1)	
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 1)	
liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	\$0 (Nivel 1)	
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
propylthiouracil oral tablet 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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		
cvs glucose oral gel 40 %	\$0 (Nivel 3)	DP
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	NDS
GLUCO BURST ORAL GEL 40 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GLUTOSE 5 ORAL GEL 40 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GVOKE HYPOOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 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)	
value plus glucose oral gel 40 %	\$0 (Nivel 3)	DP
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	
deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
deferasirox oral tablet 90 mg	\$0 (Nivel 2)	PA
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	\$0 (Nivel 2)	
penicillamine oral tablet 250 mg	\$0 (Nivel 2)	NDS
sodium polystyrene sulfonate oral powder	\$0 (Nivel 1)	
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (Nivel 1)	
trientine hcl oral capsule 250 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	\$0 (Nivel 2)	
Analógicos De Vitamina D		
calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
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		
oxandrolone oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (300 g cada 30 días)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (150 g cada 30 días)
Anticonceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	\$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)	
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)	
<i>brielllyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
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)	
CHATEAL ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
CRYSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 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)	

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)	
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)	
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)	

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 MG	\$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)	
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)	
LYEQ 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)	

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	\$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 24 FE 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)	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	\$0 (Nivel 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 1/35 ORAL TABLET 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)	
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)	

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 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)	
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-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)	

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)	
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)	
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 INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 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
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
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)	

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 INJECTION SOLUTION 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)	
OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5) KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD 5 G6 POD (GEN 5)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3) KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0 (Nivel 2)	
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (5 plumas cada 25 días)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
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 (1 kit cada 30 días)
V-GO 30 KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada 30 días)
V-GO 40 KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada 30 días)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (5 plumas cada 30 días)
Antidiabéticos		
acarbose oral tablet 100 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML	\$0 (Nivel 2)	QL (4 plumas cada 28 días)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 pluma cada 30 días)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 pluma cada 30 días)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JARDIANCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (75 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 pluma cada 28 días)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 pluma cada 28 días)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 pluma cada 28 días)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
SYNJARDY ORAL TABLET 5-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (120 tabletas cada 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
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 (4 plumas cada 28 días)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	QL (3 plumas cada 30 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
Diversos		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>betaine oral powder</i>	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 (60 tabletas cada 30 días)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
CVS KETONE CARE IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 3)	DP
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA
<i>desmopressin ace spray refrig 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 PREFILLED SYRINGE 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 CARTRIDGE 12 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
KETO-DIASTIX IN VITRO STRIP	\$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
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 cápsulas cada 30 días); 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

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml	\$0 (Nivel 1)	PA
octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
raloxifene hcl oral tablet 60 mg	\$0 (Nivel 1)	
sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg	\$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
sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	\$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; LA; NDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
XENICAL ORAL CAPSULE 120 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
Endometriosis		
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	\$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)	
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (Nivel 2)	
estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr	\$0 (Nivel 2)	
estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr	\$0 (Nivel 2)	
estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm	\$0 (Nivel 1)	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	\$0 (Nivel 1)	
estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
<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)	

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	
Progestinas		
medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	
megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml	\$0 (Nivel 2)	PA
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
Reguladores De Calcio		
alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml	\$0 (Nivel 1)	
alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg	\$0 (Nivel 1)	
calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act	\$0 (Nivel 1)	B/D
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 600 MCG/2.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ibandronate sodium oral tablet 150 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
pamidronate disodium intravenous solution 6 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 180 días)
risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg	\$0 (Nivel 1)	
teriparatide (recombinant) subcutaneous solution pen- injector 620 mcg/2.48ml	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
zoledronic acid intravenous solution 4 mg/100ml, 5 mg/100ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Del Receptor H2		
famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2ml	\$0 (Nivel 1)	
famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml	\$0 (Nivel 1)	
famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ml cada 30 días)
famotidine oral tablet 20 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
famotidine oral tablet 40 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%	\$0 (Nivel 1)	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	\$0 (Nivel 1)	
Antiácidos		
ALMACOME DOUBLE STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
alum & mag hydroxide-simeth oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
alumina-magnesia-simethicone oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
antacid anti-gas max strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
antacid anti-gas reg strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml, 800-800-80 mg/10ml	\$0 (Nivel 3)	DP
antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/10ml	\$0 (Nivel 3)	DP
antacid plus anti-gas relief oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
antacid/antigas oral suspension 400-400-40 mg/10ml	\$0 (Nivel 3)	DP
antacid/anti-gas oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
eql antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
geri-lanta maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
geri-lanta oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
geri-mox oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
grp antacid & anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
grp antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense antacid & gas relief oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm advanced antacid max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm antacid anti-gas ex st oral suspension 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
hm antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
mag-al plus oral liquid 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
mag-al plus xs oral liquid 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
magnesium oxide oral tablet 420 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
magnesium oxide tablet 400 mg oral 400 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
mintox maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
MINTOX ORAL SUSPENSION 200-200-20 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MINTOX PLUS ORAL TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MYLANTA MAXIMUM STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
px antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
px antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
qc antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
qc antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm antacid advanced max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm antacid advanced oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm antacid oral suspension 400-400-40 mg/10ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm antacid/antigas oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sodium bicarbonate oral powder	\$0 (Nivel 3)	DP
Antidiarreicos		
anti-diarrheal oral capsule 2 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
anti-diarrheal oral tablet 2 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
bismatrol oral tablet chewable 262 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
bismuth oral tablet chewable 262 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
bismuth subsalicylate oral tablet chewable 262 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
diamode oral tablet 2 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
geri-pectate oral suspension 262 mg/15ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp anti-diarrheal oral capsule 2 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp anti-diarrheal oral tablet 2 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp k-pec oral suspension 262 mg/15ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp pink bismuth oral tablet 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
grp pink bismuth oral tablet chewable 262 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
grp stomach relief oral suspension 262 mg/15ml	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense stomach relief oral suspension 525 mg/30ml	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense stomach relief oral tablet chewable 262 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm anti-diarrheal oral capsule 2 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm anti-diarrheal oral tablet 2 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm stomach relief oral suspension 525 mg/30ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm stomach relief oral tablet chewable 262 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
loperamide hcl oral tablet 2 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px stomach relief oral suspension 262 mg/15ml	\$0 (Nivel 3)	DP
px stomach relief oral tablet chewable 262 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc anti-diarrheal oral capsule 2 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc anti-diarrheal oral tablet 2 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc diarrhea relief oral suspension 262 mg/15ml	\$0 (Nivel 3)	DP
qc pink bismuth oral tablet chewable 262 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
RESTORA RX ORAL CAPSULE 60-1.25 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
sm anti-diarrheal oral capsule 2 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm anti-diarrheal oral tablet 2 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm stomach relief oral suspension 525 mg/30ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm stomach relief oral tablet 262 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm stomach relief oral tablet chewable 262 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
stomach relief oral suspension 525 mg/30ml	\$0 (Nivel 3)	DP
stomach relief oral tablet chewable 262 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
tgt stomach relief oral tablet 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 cápsulas cada 30 días)
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)	

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml	\$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	\$0 (Nivel 1)	
promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	PA
promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml	\$0 (Nivel 2)	PA
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 2)	PA
scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (10 parches cada 30 días)
Antiespasmódicos		
dicyclomine hcl oral capsule 10 mg	\$0 (Nivel 2)	
dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml	\$0 (Nivel 2)	
dicyclomine hcl oral tablet 20 mg	\$0 (Nivel 2)	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (Nivel 1)	
Diversos		
alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml	\$0 (Nivel 2)	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	\$0 (Nivel 2)	
gas relief drops infants oral suspension 20 mg/0.3ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gas relief extra strength oral capsule 125 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gas relief oral capsule 250 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gas relief oral tablet chewable 80 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gas relief ultra strength oral capsule 180 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
GAS-X EXTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
GAS-X EXTRA STRENGTH ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
GAS-X ULTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 180 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
gnp anti-gas oral capsule 180 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
gnp gas relief extra strength oral capsule 125 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp gas relief oral tablet chewable 80 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp infant gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm gas relief extra strength oral capsule 125 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm gas relief infants drops oral suspension 20 mg/0.3ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm gas relief oral tablet chewable 125 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
infants gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml	\$0 (Nivel 3)	DP
infants simethicone oral suspension 20 mg/0.3ml	\$0 (Nivel 3)	DP
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
loperamide hcl oral capsule 2 mg	\$0 (Nivel 1)	
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	\$0 (Nivel 1)	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
MYLICON INFANTS GAS RELIEF ORAL SUSPENSION 20 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 3)	DP
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
px gas relief extra strength oral capsule 125 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml	\$0 (Nivel 3)	DP
px gas relief ultra strength oral capsule 180 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc anti-gas oral capsule 180 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc gas relief extra strength oral capsule 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
simethicone drops infants oral suspension 20 mg/0.3ml	\$0 (Nivel 3)	DP
simethicone oral capsule 125 mg, 180 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
simethicone oral tablet chewable 125 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
simethicone ultra strength oral capsule 180 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm gas relief antiflatulent oral capsule 180 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm gas relief extra strength oral capsule 125 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm gas relief oral capsule 180 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm gas relief oral tablet chewable 125 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sucralfate oral tablet 1 gm	\$0 (Nivel 1)	
tgt gas relief extra strength oral capsule 125 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días)
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 cápsulas cada 30 días)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg</i>	\$0 (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 tabletas cada 30 días)

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Laxantes		
bisacodyl ec oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
bisacodyl laxative rectal suppository 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
bisacodyl rectal suppository 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
COLACE 2-IN-1 ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
COLACE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
constulose oral solution 10 gm/15ml	\$0 (Nivel 1)	
DOCU LIQUID ORAL LIQUID 100 MG/10ML	\$0 (Nivel 3)	DP
docu oral liquid 50 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
docusate calcium oral capsule 240 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
docusate mini rectal enema 283 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
docusate sodium oral capsule 100 mg, 250 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
docusate sodium oral liquid 100 mg/10ml, 50 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
DOCUSOL MINI RECTAL ENEMA 283 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
DOCUSOL PLUS MINI-ENEMA RECTAL ENEMA 20-283 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DOK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
dss oral capsule 100 mg, 250 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
enema ready-to-use rectal enema 7-19 gm/118ml	\$0 (Nivel 3)	DP
enema rectal enema 7-19 gm/118ml	\$0 (Nivel 3)	DP
ENEMEEZ MINI RECTAL ENEMA 283 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
ENEMEEZ PLUS RECTAL ENEMA 20-283 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
enulose oral solution 10 gm/15ml	\$0 (Nivel 1)	
epsom salt oral granules	\$0 (Nivel 3)	DP
EVAC-U-GEN ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
fiber laxative + calcium oral tablet 625 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
fiber laxative oral tablet 625 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
fiber oral powder 28.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
fiber oral tablet 625 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
fiber-lax oral tablet 625 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
FLEET ENEMA RECTAL ENEMA , 7-19 GM/118ML	\$0 (Nivel 3)	DP
gavilax oral packet 17 gm	\$0 (Nivel 3)	DP
gavilax oral powder 17 gm/scoop	\$0 (Nivel 3)	DP
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	\$0 (Nivel 1)	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0 (Nivel 1)	
generlac oral solution 10 gm/15ml	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gentle laxative rectal suppository 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gentlelax oral powder 17 gm/scoop	\$0 (Nivel 3)	DP
geri-kot oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
glycerin (adult) rectal suppository 2 gm	\$0 (Nivel 3)	DP
glycerin (infants & children) rectal suppository 1 gm	\$0 (Nivel 3)	DP
glycerin adult rectal suppository 2 gm	\$0 (Nivel 3)	DP
glycerin childrens rectal suppository 1 gm	\$0 (Nivel 3)	DP
GLYCOLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
GNP CLEARLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
GNP CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp epsom salt oral granules	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp fiber-caps oral tablet 625 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp gentle laxative rectal suppository 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp glycerin (adult) rectal suppository 2.1 gm	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp glycerin child rectal suppository 1.2 gm	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp natural fiber oral capsule 0.52 gm	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp natural fiber oral powder 28.3 %, 48.57 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp senna lax oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp senna plus oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp stool softener ex st oral capsule 250 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp stool softener oral capsule 100 mg, 240 mg, 250 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp stool softener oral liquid 50 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp stool softener oral syrup 60 mg/15ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0 (Nivel 2)	
goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
GOODSENSE CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense epsom salt oral granules	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense senna laxative oral tablet 8.6 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
goodsense stimulant laxative oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
HEALTHYLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
HM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
hm enema rectal enema 7-19 gm/118ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm gentle laxative rectal suppository 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm senna oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
konsyl daily fiber oral powder 28.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
kp bisacodyl oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
kp senna oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml	\$0 (Nivel 1)	
lactulose oral solution 10 gm/15ml	\$0 (Nivel 1)	
laxacin oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
laxative max str oral tablet 25 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
laxative rectal suppository 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml, 2400 mg/30ml, 400 mg/5ml, 7.75 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MIRALAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml	\$0 (Nivel 1)	
natural fiber laxative oral powder 58.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
natural senna laxative oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
ONELAX RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA-LAX ORAL LIQUID 50 MG/15ML	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA-LAX RECTAL SUPPOSITORY 1 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
peg 3350 oral packet 17 gm	\$0 (Nivel 3)	DP
peg 3350 oral powder 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)	
polyethylene glycol 3350 oral packet 17 gm	\$0 (Nivel 3)	DP
polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop	\$0 (Nivel 3)	DP
psyllium fiber oral capsule 0.52 gm	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>px docusate sodium oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc enema rectal enema 16-6 gm/133ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc fiber laxative oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc natural vegetable oral powder 95 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc natura-lax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc stool softener pls laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REGULOID ORAL CAPSULE 0.52 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
REGULOID ORAL POWDER 28.3 %, 48.57 %, 58.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senexon oral liquid 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SENEXON-S ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral capsule 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral liquid 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral syrup 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-tabs oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-time oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-time s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sennosides-docusate sodium oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SENOKOT ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
SENOKOT S ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>silace oral liquid 150 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>silace oral syrup 60 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fiber oral powder 28.3 %, 48.57 %, 58.6 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stimulant laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stool softener laxative oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stool softener plus laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stool softener/laxative oral tablet 50-8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>tgt fiber therapy oral powder 28.3 %, 58.6 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TGT POWDERLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt psyllium fiber oral capsule 520 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
THE MAGIC BULLET RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vegetable lax+stool softener oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>womans laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GENITOURINARIO		
Antiespasmódicos Urinarios		
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (300 ml cada 28 días)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
Antiinfecciosos Vaginales		
<i>3 day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>miconazole 3 combo pack app vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>miconazole 3 combo-supp vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>miconazole 7 vaginal suppository 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>miconazole nitrate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>MONISTAT 3 COMBINATION PACK VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>MONISTAT 3 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>MONISTAT 7 SIMPLY CURE VAGINAL CREAM 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px miconazole 3-day combo vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm 3-day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm clotrimazole vaginal vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 3 applicator vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 7 vaginal suppository 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tgt miconazole 7 vaginal cream 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 tabletas cada 30 días)
dutasteride oral capsule 0.5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
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 tabletas cada 30 días)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (74 tabletas cada 30 días)
enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml	\$0 (Nivel 1)	
enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml	\$0 (Nivel 1)	
fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml	\$0 (Nivel 2)	NDS
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 SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (620 ml cada 30 días)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (51 tabletas cada 30 días)
Diversos		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (24 cajas cada 30 días); NDS
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$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 frascos cada 30 días); NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (20 frascos cada 30 días); NDS
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (9 jeringas cada 30 días); NDS
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (360 paquetes cada 30 días); NDS
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (9 jeringas cada 30 días); NDS
<i>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$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
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
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Hierro		
<i>active fe oral tablet 75-1.25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRATEX ORAL CAPSULE 106-1 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
CHROMAGEN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
CORVITA 150 ORAL TABLET 150-1.25 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
CORVITE 150 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>corvite fe oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql iron supplement therapy oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION 510 MG/17ML	\$0 (Nivel 3)	DP
FERATE ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FERGON ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FERIVA 21/7 ORAL TABLET 75-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FERIVAF A ORAL CAPSULE 110-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferocon oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FEROSUL ORAL ELIXIR 220 (44 FE) MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
FEROSUL ORAL TABLET 325 (65 FE) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FERRALET 90 ORAL TABLET 90-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferretts oral tablet 325 (106 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FERREX 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferric x-150 oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FERRLCIT INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous fumarate oral tablet 324 (106 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous gluconate oral tablet 240 (27 fe) mg, 324 (37.5 fe) mg, 324 (38 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous sulfate oral elixir 220 (44 fe) mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 (65 fe) mg, 324 mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLITAB 500 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 105-500-0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLIVANE-F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLIVANE-PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
FUSION ORAL CAPSULE 65-65-25-30 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FUSION PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp iron oral tablet extended release 142 (45 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hematinic/folic acid oral tablet 324-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMATOGEN FA ORAL CAPSULE 200-250-0.01-1 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
HEMATOGEN FORTE ORAL CAPSULE 460-60-0.01-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMATOGEN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMOCYTE PLUS ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMOCYTE-F ORAL TABLET 324-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAR ORAL SUSPENSION 15 MG/1.25ML	\$0 (Nivel 3)	DP
IFEREX 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
INFED INJECTION SOLUTION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML	\$0 (Nivel 3)	DP
INTEGRA F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
INTEGRA ORAL CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
INTEGRA PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
iron 27 oral tablet 240 (27 fe) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
iron chews pediatric oral tablet chewable 15 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
iron high-potency oral tablet 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
iron supplement oral elixir 220 (44 fe) mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
kp ferrous gluconate oral tablet 324 (37.5 fe) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
kp ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
MONOFERRIC INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/10ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MULTIGEN ORAL TABLET 70 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MULTIGEN PLUS ORAL TABLET 50-101-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
myferon 150 oral capsule 150 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution 12.5 mg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHRON FA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
NIFEREX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
NOVAFERRUM 50 ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NOVAFERRUM ORAL LIQUID 125 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS ORAL LIQUID 15 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
NUFERA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
POLY-IRON 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
polysaccharide-iron complex oral capsule 150 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
purevit dualfe plus oral capsule 162-115.2-1 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
qc ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
ra iron oral tablet 325 (65 fe) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
se-tan plus oral capsule 162-115.2-1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 142 (45 FE) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
slow iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg, 47.5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm iron oral tablet 325 (65 fe) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm iron slow release oral tablet extended release 160 (50 fe) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm slow release iron oral tablet extended release 142 (45 fe) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
TRICON ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
TRIFERIC HEMODIALYSIS PACKET 272 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
trigels-f forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
virt-fefa plus oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
wee care oral suspension 15 mg/1.25ml	\$0 (Nivel 3)	DP
Inhibidores De Agregación Plaquetaria		
aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg	\$0 (Nivel 1)	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0 (Nivel 2)	
clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg	\$0 (Nivel 1)	
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (Nivel 2)	PA
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
OFTÁLMICOS		
Antialérgicos		
azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	
cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %	\$0 (Nivel 1)	
NAPHCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	
OPCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.027-0.315 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ZERVIADE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0 (Nivel 2)	
Antiglaucoma		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	
betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %	\$0 (Nivel 1)	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nivel 2)	
brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %</i>	\$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)	
<i>LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
Antiinfectivos/Antiinflamatorios		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
Antiinfectivos		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0 (Nivel 2)	
<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)	
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)	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
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 ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %, 0.5-0.6 %, 1.4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic 1 %</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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
carboxymethylcellulose sod pf ophthalmic gel 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
carboxymethylcellulose sod pf ophthalmic solution 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
carboxymethylcellulose sodium ophthalmic gel 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
carboxymethylcellulose sodium ophthalmic solution 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
CLEAR EYES NATURAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 5-6 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
dry eye relief drops ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL SEVERE OPHTHALMIC GEL 0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS MODERATE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.2-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS SEVERE DAY/NIGHT OPHTHALMIC GEL 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GONAK OPHTHALMIC SOLUTION 2.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense artificial tears ophthalmic solution 0.5-0.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense lubricating eye drop ophthalmic solution 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense ultra lubricant drop ophthalmic solution 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
hm dry eye relief ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
hm lubricating plus ophthalmic solution 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
hm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ISOPTO ATROPINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	\$0 (Nivel 2)	
ISOPTO TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %, 0.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
lubricant eye drops pf ophthalmic solution 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
lubricating plus eye drops ophthalmic solution 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>lubricating tears eye drops ophthalmic solution 0.1-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MURO 128 OPHTHALMIC OINTMENT 5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MURO 128 OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polyvinyl alcohol ophthalmic solution 1.4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>px artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH CELLUVISC OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH DIGITAL OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH DIGITAL PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH LIQUIGEL OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPHTHALMIC SOLUTION 1.4-0.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE MEGA-3 OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE OPHTHALMIC GEL 1-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH PLUS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH RELIEVA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH RELIEVA PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 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 dry eye relief ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lubricating plus ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic ointment 5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic solution 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SYSTANE BALANCE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE COMPLETE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE HYDRATION PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE OPHTHALMIC GEL 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE OVERNIGHT THERAPY OPHTHALMIC GEL 0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE PRESERVATIVE FREE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ULTRA OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ULTRA PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
THERATEARS OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
THERATEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRA FRESH OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ultra lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	
ÓTICOS		
Agentes Óticos		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
FLAC OTIC OIL 0.01 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
RESPIRATORIOS		
Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH	\$0 (Nivel 2)	QL (30 blísteres cada 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Antihistamínicos		
24hr allergy relief oral tablet 180 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
ALAVERT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
aler-cap oral capsule 25 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
all-day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
aller-chlor oral tablet 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
aller-ease oral tablet 60 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy (cetirizine) oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy 24-hr oral tablet 180 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy childrens oral syrup 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy oral tablet 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy rel child (loratadine) oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief (loratadine) oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief cetirizine oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief childrens oral solution 1 mg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief oral capsule 25 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief oral tablet 10 mg, 180 mg, 25 mg, 4 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief/indoor/outdoor oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy-time oral tablet 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %	\$0 (Nivel 1)	
BANOPHEN ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
BANOPHEN ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
cetirizine hcl allergy child oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
cetirizine hcl childrens alrgy oral solution 1 mg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
cetirizine hcl childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
cetirizine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
childrens loratadine oral syrup 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
chlorhist oral tablet 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
chlorpheniramine maleate oral tablet 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
complete allergy medicine oral capsule 25 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
complete allergy relief oral tablet 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
diphen oral tablet 25 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
diphenhist oral capsule 25 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
diphenhydramine hcl childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
ed chlorped jr oral syrup 2 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
eql all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
geri-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
geri-dryl oral tablet 25 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp all day allergy childrens oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp allergy oral capsule 25 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp allergy oral tablet 25 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp allergy relief 24 hr oral tablet 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp allergy relief max st oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp allergy relief oral capsule 25 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp allergy relief oral tablet 180 mg, 25 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp loratadine oral syrup 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp loratadine oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp loratadine oral tablet dispersible 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense all day allergy oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense aller-ease oral tablet 180 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense allergy relief oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm all day allergy oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm allergy relief (cetirizine) oral tablet 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
hm allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm allergy relief oral capsule 25 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm allergy relief oral tablet 180 mg, 25 mg, 4 mg, 60 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm cetirizine hcl oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm loratadine childrens oral syrup 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm loratadine oral tablet 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)	
levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (otc) 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (rx) 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
liquid allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
loradamed oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
loratadine childrens oral syrup 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
loratadine oral syrup 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
loratadine oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
m-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
pharbechlor oral tablet 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
pharbedryl oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px allergy oral capsule 25 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px allergy oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
px allergy oral tablet 25 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px allergy relief cetirizine oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px allergy relief loratadine oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px childrens allergy oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
qc all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
qc allergy relief oral tablet 25 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc allergy relief oral tablet dispersible 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc cetirizine allergy relief oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc childrens allergy oral solution 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
qc chlor-pheniramine oral tablet 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc complete allergy medicine oral tablet 25 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc fexofenadine hydrochloride oral tablet 180 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc loratadine allergy relief oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
siladryl allergy oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm allergy 4 hour oral tablet 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm allergy childrens oral syrup 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm allergy relief oral tablet 25 mg, 60 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm childrens loratadine oral syrup 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm loratadine allergy relief oral tablet dispersible 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm loratadine oral syrup 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm loratadine oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
tgt allergy relief oral capsule 25 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
tgt allergy relief oral tablet 10 mg, 25 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
total allergy oral tablet 25 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
WAL-DRYL ALLERGY ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
Beta Agonistas		
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)	\$0 (Nivel 1)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
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)	
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (2 inhaladores cada 30 días)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE	\$0 (Nivel 2)	QL (60 inhalaciones cada 30 días)
terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION 108 (90 BASE) MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION 108 (90 BASE) MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (6 inhaladores cada 30 días)
Combinaciones De Anticolinérgicos/Beta Agonistas		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/INH	\$0 (Nivel 2)	QL (60 blísteres cada 30 días)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION 160-9-4.8 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION 160-9-4.8 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (4 inhaladores cada 28 días)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
<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 blísteres cada 30 días)
Combinaciones De Esteroides/Beta Agonistas		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (60 inhalaciones cada 30 días)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH	\$0 (Nivel 2)	QL (60 blísteres cada 30 días)
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
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
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cromolyn sodium nasal aerosol solution 5.2 mg/act</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG	\$0 (Nivel 2)	
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (270 cápsulas cada 30 días); 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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; LA; QL (56 paquetes cada 28 días); NDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>neti pot sinus wash nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 paquetes cada 28 días); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (270 tabletas cada 30 días); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); 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 2.5 MG/2.5ML	\$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 tabletas cada 28 días); 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)	
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	\$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 tabletas cada 28 días); 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
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Esteroides Nasales		
flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)	\$0 (Nivel 1)	QL (3 botellas cada 30 días)
fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act	\$0 (Nivel 1)	QL (1 botella cada 30 días)
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION 93 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (32 ml cada 30 días)
Inhalantes Esteroides		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (30 inhalaciones cada 30 días)
budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BILST, 250 MCG/BILST	\$0 (Nivel 2)	QL (240 inhalaciones cada 30 días)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/BILST	\$0 (Nivel 2)	QL (180 inhalaciones cada 30 días)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT, 44 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (3 inhaladores cada 30 días)
Moduladores De Leucotrieno		
montelukast sodium oral packet 4 mg	\$0 (Nivel 1)	
montelukast sodium oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 1)	
montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (Nivel 1)	
Tos Y Resfriado		
12 hour decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
12 hour nasal decongestant nasal solution 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
12 hour nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
12 hour nasal spray nasal solution 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
4-WAY FAST ACTING NASAL SOLUTION 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ALAVERT ALLERGY/SINUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
all day allergy d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief d-12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief d-24 oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
BENZEDREX NASAL INHALER	\$0 (Nivel 3)	DP
benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
capcof oral syrup 5-2-10 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
chest congestion relief dm oral syrup 10-100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
chest congestion relief oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
coditussin ac oral liquid 200-10 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
coditussin dac oral liquid 30-10-200 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
cough/chest congestion dm oral syrup 10-100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
DELSYM COUGH CHILDRENS ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
DELSYM ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
dextromethorphan hbr oral capsule 15 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
dextromethorphan polistirex er oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
dextromethorphan-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5ml, 20-200 mg/10ml	\$0 (Nivel 3)	DP
dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
DIABETIC TUSSIN DM ORAL LIQUID 100-10 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
ed-a-hist dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
eq cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
eql allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp allergy & congestion oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp cough dm er oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp cough gels oral capsule 15 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp mucus er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp mucus relief oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp nasal decongestant oral tablet 30 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp nasal decongestant pe oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp nasal four spray nasal solution 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp nasal spray extra moist nasal solution 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp nasal spray fast acting nasal solution 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp nasal spray nasal solution 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp no drip nasal spray nasal solution 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp nose drops extra strength nasal solution 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp pseudoephedrine hcl 12 hr oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp suphedrin oral liquid 15 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp tussin cf cough & cold oral syrup 5-10-100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp tussin cough long acting oral syrup 15 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp tussin dm cough oral liquid 100-10 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp tussin dm oral liquid 20-200 mg/10ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp tussin mucus & chest cong oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense cough dm oral suspension extended release 30 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
goodsense mucus er maximum str oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
guaiatussin ac oral syrup 100-10 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
guaifenesin ac oral syrup 100-10 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
guaifenesin oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
guaifenesin oral tablet 200 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
guaifenesin-dm oral syrup 100-10 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
HISTEX-AC ORAL SYRUP 10-2.5-10 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
hm allergy & congestion oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm allergy complete-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm allergy relief/nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm nasal decongestant 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm nasal decongestant oral tablet 30 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm nasal decongestant pe oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm nasal spray nasal solution 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
hm nose drops nasal solution 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
hm sinus nasal spray nasal solution 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
hm tussin adult dm oral liquid 100-10 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm tussin adult multi-symptom oral liquid 5-10-100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hm tussin adult oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
HYCODAN ORAL SOLUTION 5-1.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
HYCODAN ORAL TABLET 5-1.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
hydrocod polst-cpm polst er oral suspension extended release 10-8 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution 5-1.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet 5-1.5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hydromet oral solution 5-1.5 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
KLS ALLERCLEAR D-24HR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-240 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
KLS ALLER-TEC D ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lohist-dm oral syrup 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine-d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine-d 24hr oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID 225-7.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss ac oral solution 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss cd oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss g oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss gmx oral liquid 10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>m-clear wc oral solution 100-6.3 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX DM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 30-600 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS ORAL LIQUID 400 MG/20ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 1200 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX SINUS-MAX SINUS/ALLRGY NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus & chest congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant max st oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant oral tablet 30 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
nasal decongestant pe max st oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
nasal decongestant pe oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
nasal decongestant spray nasal solution 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
nasal four nasal solution 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
nasal relief nasal solution 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
nasal spray extra moisturizing nasal solution 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
nasal spray no drip nasal solution 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
NINJACOF-XG ORAL LIQUID 200-8 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
no drip nasal spray nasal solution 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
nohist-dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
phenylephrine hcl oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
poly-tussin ac oral liquid 10-4-10 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
promethazine vc/codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
promethazine-codeine oral solution 6.25-10 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
promethazine-phenyleph-codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
pseudoeph-bromphen-dm oral syrup 30-2-10 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
pseudoephedrine hcl er oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px allergy relief d (loratad) oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px allergy relief d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px nasal decongestant oral tablet 30 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc loratadine-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc mucus relief childrens oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
qc mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
qc suphedrine maximum strength oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
qc tussin dm cough/congestion oral liquid 10-100 mg/5ml, 20-200 mg/10ml	\$0 (Nivel 3)	DP
qc tussin mucus/congestion oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
robafen cf multi-symptom cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
ROBAFEN DM CGH/CHEST CONGEST ORAL LIQUID 10-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
ROBAFEN DM COUGH ORAL LIQUID 10-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
ROBAFEN MUCUS/CHEST CONGESTION ORAL LIQUID 200 MG/10ML	\$0 (Nivel 3)	DP
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
rynex pse oral liquid 1-15 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
siltussin dm das oral liquid 100-10 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
siltussin sa oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
siltussin-dm alcohol free oral syrup 100-10 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sinus 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sinus congestion max strength oral tablet 30 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sinus nasal spray nasal solution 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sinus relief extra strength nasal solution 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sm all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm loratadine d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm lorata-dine d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm mucus relief max strength oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm nasal decongestant max st oral tablet 30 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal spray moisturizing nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal spray sinus nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nose drops nasal decongest nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest oral liquid 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin mucus+chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution 7 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sudogest 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
SUDOGEST ORAL TABLET 30 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>suphedrine 12hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL C ORAL SYRUP 30-10-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tusnel diabetic oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL-EX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin cf multi-symptom cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin cough oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin dm cough + chest oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin dm oral liquid 100-10 mg/5ml, 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin mucus & chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin mucus+chest congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin multi-symptom cold cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
Agentes Antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>amantadine hcl oral solution 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
amantadine hcl oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 1)	
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 hojas cada 30 días); 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, 1 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 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		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 95 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (14 jeringas cada 28 días); 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 cápsulas cada 28 días); NDS
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 jeringas cada 30 días); NDS
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (12 jeringas cada 28 días); 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 jeringas cada 30 días); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (12 jeringas cada 28 días); NDS
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (16 plumas cada año); NDS
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 tabletas cada 30 días)
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 tabletas cada 30 días)
Ansiolíticos		
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
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 ml cada 30 días)
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	QL (150 ml cada 30 días)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
Anticonvulsivantes		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (600 ml cada 30 días); NDS
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); 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 ml cada 30 días)

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
clonazepam oral tablet 2 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (300 tabletas cada 30 días)
clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
clonazepam oral tablet dispersible 2 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (300 tabletas cada 30 días)
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (360 cápsulas cada 30 días); NDS
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (360 paquetes cada 30 días); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
diazepam injection solution 5 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (240 ml cada 30 días)
diazepam oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1200 ml cada 30 días)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
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 ml cada 30 días); NDS
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (480 ml cada 30 días)
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)	

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (360 ml cada 30 días); NDS
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (720 ml cada 30 días); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 cápsulas cada 30 días)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2160 ml cada 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1200 ml cada 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días)
pregabalin oral capsule 200 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
pregabalin oral solution 20 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (900 ml cada 30 días)
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 (2400 ml cada 30 días); NDS
rufinamide oral tablet 200 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (480 tabletas cada 30 días)
rufinamide oral tablet 400 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (90 tabletas cada 30 días)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (360 tabletas cada 30 días)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (180 tabletas cada 30 días)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (120 tabletas cada 30 días)
SUBVENITE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 1)	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 hojas cada 30 días); NDS
tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 1)	
topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg	\$0 (Nivel 1)	
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
valproic acid oral capsule 250 mg	\$0 (Nivel 1)	
valproic acid oral solution 250 mg/5ml	\$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)	
vigabatrin oral packet 500 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
vigabatrin oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 paquetes cada 30 días); 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1200 ml cada 30 días); NDS
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (28 tabletas cada 28 días)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (1100 ml cada 30 días); NDS
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 tabletas cada 30 días)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	\$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)	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 parches cada 30 días)
Antidepresivos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 tabletas cada 30 días)
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 cápsulas cada 30 días)
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 parches cada 30 días); 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 cápsulas cada 30 días)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
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 tabletas cada 30 días)
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)	

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (900 ml cada 30 días)
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (Nivel 2)	
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 cápsulas cada 30 días)
trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 2)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg	\$0 (Nivel 1)	
venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (Nivel 1)	
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG	\$0 (Nivel 2)	
vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Antipsicóticos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inyección cada 28 días); NDS
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días)
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
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 (1 jeringa cada 56 días); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
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)	

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 tabletas cada 30 días)
clozapine oral tablet 200 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
clozapine oral tablet dispersible 100 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (270 tabletas cada 30 días)
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 tabletas cada 30 días)
clozapine oral tablet dispersible 200 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	\$0 (Nivel 2)	PA
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 78 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
loxpiprazine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (3 frascos cada 1 día)

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
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 jeringa cada 30 días); 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 tabletas cada 30 días)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 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 tabletas cada 30 días); NDS
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
risperidone oral solution 1 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	QL (240 ml cada 30 días)
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 1)	
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
risperidone oral tablet dispersible 4 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	QL (30 parches cada 30 días)
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 ml cada 30 días); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	\$0 (Nivel 2)	
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (6 inyecciones cada 3 días)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 frascos cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 frascos cada 28 días); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 frasco cada 28 días); 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 cápsulas cada 30 días)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
atomoxetine hcl oral capsule 40 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
METADATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (900 ml cada 30 días)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1800 ml cada 30 días)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días)
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
Diversos		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas cada 28 días); 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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)	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<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 tabletas cada 30 días); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
Hipnóticos		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
Migraña		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 30 días)
<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 ml cada 30 días); NDS
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (40 tabletas cada 28 días)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 tabletas cada 30 días)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 tabletas cada 30 días)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (18 tabletas cada 30 días)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (18 tabletas cada 30 días)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 unidades cada 30 días)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (24 unidades cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 tabletas cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (18 inyecciones cada 30 días)

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml	\$0 (Nivel 1)	QL (12 inyecciones cada 30 días)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml	\$0 (Nivel 1)	QL (12 inyecciones cada 30 días)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml	\$0 (Nivel 1)	QL (18 inyecciones cada 30 días)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml	\$0 (Nivel 1)	QL (12 inyecciones cada 30 días)
zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (12 tabletas cada 30 días)
zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (12 tabletas cada 30 días)
Narcolepsia/Cataplexia		
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
armodafinil oral tablet 50 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (540 ml cada 30 días); NDS
Psicoterapéutico, Varios		
acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg	\$0 (Nivel 1)	
ADIPEX-P ORAL CAPSULE 37.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ADIPEX-P ORAL TABLET 37.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
benzphetamine hcl oral tablet 50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 hojas cada 30 días)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 hojas cada 30 días)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg	\$0 (Nivel 1)	
diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
diethylpropion hcl oral tablet 25 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
grp nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
grp nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
grp nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
grp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
grp nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
grp pain relief nighttime oral tablet 250-250-38 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr	\$0 (Nivel 3)	DP
LOMAIRA ORAL TABLET 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)	
naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml	\$0 (Nivel 1)	
naltrexone hcl oral tablet 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 14 MG/24HR, 21 MG/24HR, 7 MG/24HR	\$0 (Nivel 3)	DP
NICORETTE MINI MOUTH/THROAT LOZENGE 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NICORETTE MOUTH/THROAT GUM 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NICORETTE MOUTH/THROAT LOZENGE 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NICORETTE STARTER KIT MOUTH/THROAT GUM 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge 2 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
nicotine step 1 transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr	\$0 (Nivel 3)	DP
nicotine step 2 transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr	\$0 (Nivel 3)	DP
nicotine step 3 transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr	\$0 (Nivel 3)	DP
nicotine transdermal kit 21-14-7 mg/24hr	\$0 (Nivel 3)	DP
nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 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 oral capsule extended release 24 hour 105 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
phentermine hcl oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
phentermine hcl oral tablet 37.5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px stop smoking aid mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr	\$0 (Nivel 3)	DP
QSYMIA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11.25-69 MG, 15-92 MG, 3.75-23 MG, 7.5-46 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
sm nicotine mouth/throat gum 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm nicotine mouth/throat lozenge 2 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr	\$0 (Nivel 3)	DP
tgt nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
tgt nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
tgt nicotine step one transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr	\$0 (Nivel 3)	DP
tgt nicotine step three transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr	\$0 (Nivel 3)	DP
tgt nicotine step two transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr	\$0 (Nivel 3)	DP
varenicline tartrate oral 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42	\$0 (Nivel 1)	PA
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SUPLEMENTOS NUTRICIONALES		
Diversos		
co q 10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
co q10 oral capsule 100 mg, 30 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
co q-10 oral capsule 100 mg, 30 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
coenzyme q10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
coenzyme q-10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
co-enzyme q10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
co-enzyme q-10 oral capsule 30 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
coq10 oral capsule 100 mg, 30 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
coq-10 oral capsule 100 mg, 30 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
coq-10 oral capsule extended release 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs coenzyme q-10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
eql coq10 oral capsule 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
gnp co q10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp melatonin maximum strength oral tablet 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp melatonin oral tablet 3 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
H2Q ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
hm coq10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
kp melatonin oral tablet 3 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
melatonin maximum strength oral tablet 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
melatonin oral liquid 1 mg/4ml, 2.5 mg/10ml	\$0 (Nivel 3)	DP
melatonin oral tablet 1 mg, 3 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc melatonin max st oral tablet 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
Q-GEL FORTE ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
Q-GEL MEGA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
Q-SORB CO Q-10 ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ra coenzyme q-10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm co q-10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm coenzyme q-10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
yl coenzyme q10 oral capsule 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 %, 2.5-0.45 %	\$0 (Nivel 2)	
dextrose-nacl intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %	\$0 (Nivel 1)	
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/l/100ml-%	\$0 (Nivel 2)	
magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 40-0.9 meq/l-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous 20-0.45 meq/l-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous 20-0.45 meq/l-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/50ml, 20 meq/50ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	\$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)	
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)	

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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		
ADVANTAGE CARE ELECTROLYTE PED ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
BIOLYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
CERALYTE 70 ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
CERASPORT EX1 ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
CERASPORT ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs electrolyte solution oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs ped electrolyte freeze pop oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ENFAMIL ENFALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp electrolyte solution oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>h-e-b oral electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
KINDERLYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
KINDERLYTE PREMAX ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oral electrolytes oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ORALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
ORALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ped electrolyte freeze pops oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ped electrolyte freezer pops oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA VANCE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE ADVANCED CARE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE SINGLES ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pediatric electrolyte-zinc oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra ped electrolyte freezer pop oral solution</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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ra pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REHYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Minerales		
CALCI-CHEW ORAL TABLET CHEWABLE 1250 (500 CA) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
CALCITRATE ORAL TABLET 315-6.25 MG-MCG, 950 (200 CA) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium + d oral tablet 250-125 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium + vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium + vitamin d3 oral tablet chewable 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500 + d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500 + d3 oral tablet 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500 +d oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500/d oral tablet chewable 500-400 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500/vitamin d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d high potency oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 + d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 high potency oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d high potency oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-200 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600-d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet 250-3.125 mg-mcg, 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet chewable 500-10 mg-mcg</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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg, 1500 (600 ca) mg, 600 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium carbonate oral tablet chewable 1250 (500 ca) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium carbonate powder	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium citrate + d3 maximum oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium citrate + d3 oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium citrate +d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium citrate oral tablet 950 (200 ca) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium citrate-vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium citrate-vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium extra d3 oral tablet 500-15 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium high potency oral tablet 1500 (600 ca) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium high potency/vitamin d oral tablet 600-5 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium oral tablet chewable 500-2.5 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium oyster shell oral tablet 1250 (500 ca) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium plus vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-15 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium-vitamin d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
CITRACAL MAXIMUM ORAL TABLET 315-6.25 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
CITRACAL PETITES/VITAMIN D ORAL TABLET 200-6.25 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
citrus calcium +d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
citrus calcium/vitamin d oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs calcium citrate +d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs calcium citrate +d3 mini oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs magnesium oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs magnesium oxide oral tablet 500 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
cvs oyster shell calcium+vit d oral tablet 500-3.125 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs oyster shell calcium-vit d oral tablet 500-3.125 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs zinc gluconate oral tablet 50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
eq calcium 500+d oral tablet 500-5 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
eq calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
eql calcium citrate/vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
eql calcium citrate/vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
eql calcium/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp calcium 500 +d3 oral tablet 500-15 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp calcium citrate +d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm calcium citrate+vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm calcium-vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
kp calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
kp calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
kp calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
MAG64 ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGDELAY ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
magdelay oral tablet delayed release 70 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
mag-g oral tablet 500 (27 mg) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGNEBIND 300 ORAL TABLET 250-300 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGNEBIND 400 ORAL TABLET 80-115 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
magnesium gluconate oral tablet 500 (27 mg) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
magnesium oxide oral tablet 400 (240 mg) mg, 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
magnesium oxide tablet 400 mg oral 400 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGNESIUM-OXIDE ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGOX 400 ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
manganese chloride intravenous solution 0.1 mg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
mgo oral tablet 400 (240 mg) 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NU-MAG ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
OS-CAL CALCIUM + D3 ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
OS-CAL EXTRA D3 ORAL TABLET 500-15 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
OS-CAL ORAL TABLET CHEWABLE 500-15 MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
OYSCO 500 ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
OYSCO 500+D ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster calcium oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium 250+d oral tablet 250-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium 500 + d oral tablet 500-200 mg-unit, 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium 500+d oral tablet chewable 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium oral tablet 500 mg, 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium plus d oral tablet 500-3.125 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium w/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OYSTERCAL ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
OYSTERCAL-D ORAL TABLET 500-10 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pure calcium carbonate oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px calcium&d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc calcium fast dissolution oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium 600/vitamin d-3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium cit plus vit d-3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium cit-vit d-3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ra calcium plus vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
RA HI CAL ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
ra natural magnesium oral tablet 250 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
ra zinc oral tablet 50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sb calcium + d oral tablet 600-5 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
sb oyster shell calcium oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
SLOW-MAG ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
sm calcium 500/vitamin d3 oral tablet 500-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm calcium citrate w/vit d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm calcium citrate+vit d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm calcium citrate+vit d3 max oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm calcium-vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm oyster shell calcium/vit d oral tablet 500-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 500-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm zinc gluconate oral tablet 50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
super calcium 600 + d 400 oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
super calcium 600 + d3 oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
super calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
zinc gluconate oral tablet 50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
zinc oral tablet 50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
zinc sulfate oral tablet 220 (50 zn) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
Nutrición Iv		
chromic chloride intravenous solution 40 mcg/10ml	\$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

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 intravenous solution 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 III INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
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; NDS
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>selenious acid intravenous solution 60 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION 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 intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Vitaminas		
50+ adult eye health oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z high potency oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select 50+ advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select 50+ mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select ultimate women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z ultimate mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a-10000 oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>abc complete senior womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>abc plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ABC PLUS SENIOR ADULTS 50+ ORAL TABLET	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
acerola c-500 oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
actical oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
ADEK GUMMIES PLUS ZN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
adult one daily gummies oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
ADVANCED MULTI EA ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE+GOOD REST ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE+NATURAL ENERGY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE+PROBIOTIC ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
algae based calcium oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE ULTRA POTENCY WOMENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS GUMMY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALLBEE/C ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
AMLADEX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
animal chews oral tablet chewable , with c & fa	\$0 (Nivel 3)	DP
ANIMAL SHAPES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
animal shapes/iron oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
ANIMI-3 ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
antioxidant a/c/e/selenium oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
antioxidant formula oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
antioxidant oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
anti-oxidant oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
AQUADEKS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
aqueous vitamin d oral liquid 10 mcg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
ascorbic acid injection solution 500 mg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
ascorbic acid oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
AZO HORMONAL HEALTH CYCLE CARE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
AZO HORMONAL HEALTH HAPPY CYCL ORAL TABLET	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
b complex (folic acid) oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
b complex oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
b complex vitamins oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
b complex-b12 oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
b complex-c oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
b complex-c-folic acid oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
b-1 oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 500 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
b-12 oral tablet extended release 1000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
b6 natural oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
BACMIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
balance b-50 oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
bariatric multivitamins/iron oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
b-complex (folic acid) oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
b-complex balanced oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
b-complex/b-12 oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
b-complex/vitamin c oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
b-complex-c (w/folic acid) oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
b-complex-c oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
better b complex oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
BIO-35 GLUTEN-FREE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
biocal oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
biosupp oral liquid	\$0 (Nivel 3)	DP
BIOTECT PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
biotin 5000 oral capsule 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
biotin maximum strength oral capsule 5000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
biotin oral capsule 5 mg, 5000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
biotin oral tablet 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
biotin plus/calcium/vit d3 oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
body/hair/skin/nails oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
bp vit 3 oral capsule 1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED MULTI-VITE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED PEDIA D-VITE ORAL LIQUID 10 MCGB/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE ORAL SOLUTION 10 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
c 1000 oral tablet 1000 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
c 500 oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
c-1000 oral tablet 1000 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
c-1000 oral tablet extended release 1000 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
c-1000/rose hips oral tablet 1000 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
c-250 oral tablet 250 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
c-500 oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
c-500 oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
c-500 oral tablet extended release 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
c-500/rose hips oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
CALCIDOL ORAL SOLUTION 200 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
CARDIOTEK RX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
c-chewable oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
centavite a-z complete-mineral oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
centravites 50 plus oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
centravites adults oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
centravites oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM ADULTS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM CARDIO ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM MEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER 50+MEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER 50+WOMEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER ADULT 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER ULTRA WOMENS ORAL TABLET	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
CENTRUM SPECIALIST HEART ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SPECIALIST VISION ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM ULTRA WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM WOMEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>century mature oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>century oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CEREFOLIN ORAL TABLET 6-1-50-5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
CEROVITE ADVANCED FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CEROVITE JR ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
CEROVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>certa plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CERTA-VITE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
CERTAVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CERTAVITE SENIOR/ANTIOXIDANT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chewable vite childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens animal shapes oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens chew multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens chewable multi vits oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens chewable vitamins oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>classic prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cod liver oil oral capsule 4000-200 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>companion oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>complete multivitamin/mineral oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>complete senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CORVITA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CVS AIRSHIELD ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs b complex plus c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs b6 oral tablet 100 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
cvs biotin oral capsule 5000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs chewable c with rose hips oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs chewable childrens vitamin oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs childrens complete oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs daily gummies adult oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs daily gummies oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs daily multiple for men oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs daily multiple for women oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs daily multiple women 50+ oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs e oral capsule 90 mg (200 unit)	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs eye health & lutein oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs eye health adult 50+ oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs folic acid oral tablet 800 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs gummy dinos oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs gummy multivitamin kids oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs mens daily gummies oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs one daily essential oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs one daily mens 50+ adv oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs one daily mens formula oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs one daily womens 50+ adv oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs one daily womens formula oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs spectravite adult 50+ oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs spectravite adult 50+ oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs spectravite adults oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs spectravite advanced oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs spectravite men 50+ oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs spectravite men oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs spectravite senior oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs spectravite ultra men 50+ oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs spectravite ultra mens oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs spectravite ultra women oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs spectravite women 50+ oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs spectravite women oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs spectravite womens senior oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs super b complex/c oral tablet	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
cvs vision health oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs vitamin b12 oral tablet 1000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs vitamin b-12 oral tablet extended release 2000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs vitamin d3 oral capsule 250 mcg (10000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs womens active daily oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs womens daily gummies oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
d 10000 oral capsule 250 mcg (10000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
d 2000 oral tablet 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
d 400 oral tablet 10 mcg (400 unit)	\$0 (Nivel 3)	DP
d 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
d-1000 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
d2000 ultra strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
d3 high potency oral capsule 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
d3 high potency oral tablet 10 mcg (400 unit)	\$0 (Nivel 3)	DP
d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
d3 oral tablet 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
d3 vitamin oral liquid 10 mcg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
d3-1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
d3-1000 oral tablet 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
d-3-5 oral capsule 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
D3-50 ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)	\$0 (Nivel 3)	DP
d-5000 oral tablet 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
daily multi oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
daily multiple vitamins oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
daily multiple vitamins/iron oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
daily multivitamin oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
daily value multivitamin oral tablet	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
daily vitamin formula oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
daily vitamin formula+iron oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
daily vitamin formula+minerals oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
daily vitamin oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
daily vitamins oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
daily vite multivitamin/iron oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
daily vite oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
daily vites oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
daily vites/iron oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
daily-vite multivitamin oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
daily-vite oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
daily-vitel/iron/beta-carotene oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
dayavite oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
DECARA ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT), 625 MCG (25000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
DECUBI-VITE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
dekas bariatric oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
DEKAS PLUS OCEAN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
DEKAS PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
DEKAS PLUS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
delta d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMACINRX FOLTAMIN ORAL TABLET 125-1 MCG-MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMACINRX RIBOTIN-E ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMACINRX ZINTREXYL-C ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
diabetes health formula oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 3000 ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 5000 ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 800 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
dialyvite 800/ultra d oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 800/ZINC ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 800-ZINC 15 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE SUPREME D ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE VITAMIN D 5000 ORAL CAPSULE 125 MCG (5000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE/ZINC ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
DINO-LIFE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
disney cars gummies oral tablet chewable	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
disney princess gummies oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
DRISDOL ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
D-VI-SOL ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
e 1000 oral capsule 450 mg (1000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
e200 oral capsule 90 mg (200 unit)	\$0 (Nivel 3)	DP
e-200 oral capsule 90 mg (200 unit)	\$0 (Nivel 3)	DP
e-400 oral capsule 400 unit	\$0 (Nivel 3)	DP
ELDERTONIC ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
ELFOLATE PLUS ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
EMERGEN-C VITAMIN C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ENDUR-ACIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ENDUR-C ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
eq complete multivit adult 50+ oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
eq complete multivitamin child oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
eq complete multivitamin-adult oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
eq multivitamin gummies oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
eq one daily mens 50+ oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
eq one daily mens health oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
eq one daily womens health oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
eql b complex 50 oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
eql b-6 oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
eql century mature adults 50+ oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
eql century mature oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
eql century mens oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
eql century oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
eql child multivit/minerals oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
eql one daily mens 50+ advance oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
eql one daily mens health oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
eql one daily womens 50+ adv oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
eql super b complex/vitamin c oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
eql vision formula oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
eql vitamin b-12 oral tablet 500 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
eql vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
eql vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
eql vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
eql vitamin d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
eql vitamin e oral capsule 1000 unit, 400 unit	\$0 (Nivel 3)	DP
ergocalciferol oral capsule 1.25 mg (50000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
ergocalciferol oral solution 200 mcg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
ESSENTIA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
essential balance oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ESTER-C ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ESTROVEN MENOPAUSE SUPPLEMENT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
eye health + lutein oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
eye multivitamin/lutein oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
eye multivitamin/sodium oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
eyeprotect oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
fabb oral tablet 2.2-25-1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES BONE BUILD ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES PLUS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES PLUS CALCIUM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES SOUR GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES W/IRON ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES/MY FIRST ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
folate oral tablet 400 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
folbee oral tablet 2.5-25-1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
folbee plus oral tablet	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
FOLBIC ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
folic acid injection solution 5 mg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg, 800 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLIFLEX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
folika-mg oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
folite oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLITIN-Z ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLIXAPURE ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nivel 3)	DP
folplex 2.2 oral tablet 2.2-25-0.5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLTABS 800 ORAL TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLTANX ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLTRATE ORAL TABLET 500-1 MCG-MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLTREXYL ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nivel 3)	DP
FORTAVIT ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
FOSFREE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
freedavite oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
fruit c 500 oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
fruity c oral tablet chewable 250 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
fruity chews oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
full spectrum b/vitamin c oral tablet 0.8 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
genadek step 1 oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
genadek step 2 oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
GERBER GROW MIGHTY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
gerivite complete oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
glucoten oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp biotin oral capsule 5000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp century adults 50+ senior oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp century cardio health oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp century mature oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp century oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp century ultimate mens oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp century ultimate womens oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp childrens complete oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp diabetic support formula oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp essential one daily oral tablet	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
gnp folic acid oral tablet 400 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp hair/skin/nails oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp healthy eyes oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp healthy eyes supervision oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp little ones childrens oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp mega multi for men oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp mega multi for women oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp one daily maximum oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp one daily mens health 50+ oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp one daily mens/lycopene oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp one daily plus iron oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp one daily womens 50+ oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp one daily womens oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp prenatal oral tablet 28-0.8 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp therapeutic-m oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin b-1 oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin b-12 oral tablet 500 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin b-12 oral tablet extended release 1000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin b-6 oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin c oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin c oral tablet extended release 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin c w/rose hips oral tablet 500-37 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin d maximum strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut), 400 unit	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin d super strength oral tablet 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin d3 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin e oral capsule 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)	\$0 (Nivel 3)	DP
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/MIN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
hair formula extra strength oral tablet	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
hair skin & nails advanced oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
hair skin nails oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
hair/skin/nails oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
hair/skin/nails oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
hair/skin/nails/biotin oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
HALLS DEFENSE VITAMIN C DROPS MOUTH/THROAT LOZENGE 60 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
healthy eyes oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
healthy eyes supervision 2 oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
healthy eyes/lutein oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
healthy eyes/lutein-zeaxanthin oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
healthy hair/skin/nails oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
healthy kids gummies oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
high pot multivitamin/beta-car oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
high potency multivit/fa oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
high potency multivitamin oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
hm animal shapes oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm antioxidant vitamins oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
hm biotin oral capsule 5000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm complete 50+ mens ultimate oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
hm complete 50+ oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
hm complete 50+ women ultimate oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
hm complete men oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
hm complete oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
hm complete women oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
hm folic acid oral tablet 400 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm hair/skin/nails oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
hm mens 50+ advanced one daily oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
hm niacin oral tablet extended release 250 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm niacin tr oral tablet extended release 250 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm one daily mens oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
hm one daily womens oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
hm super vitamin b complex/c oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
hm vitamin b-12 oral tablet 500 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm vitamin b6 oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm vitamin c oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
hm vitamin d oral tablet 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
hm vitamin d3 oral capsule 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
hm vitamin e oral capsule 400 unit, 90 mg (200 unit)	\$0 (Nivel 3)	DP
hm womens 50+ advanced daily oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
hydroxocobalamin acetate intramuscular solution 1000 mcg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
hylazinc oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS AREDS FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS MV ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
immune support oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
IMMUNERX ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS INJECTABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
IS-D 10,000 ORAL CAPSULE 250 MCG (10000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
i-vite oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
i-vite protect oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
just 4 kidz multivit/probiotic oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
JUST D ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
kobee oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
kp adults 50+ daily formula oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
kp adults daily formula oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
kp b complex-c oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
kp folic acid oral tablet 1 mg, 800 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
kp mens 50+ daily formula oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
kp mens daily formula oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
kp niacin oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
kp prenatal multivitamins oral tablet 28-0.8 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
KP VISION FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
KP VISION FORMULA/LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
kp vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
kp vitamin b-6 oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
kp vitamin d oral capsule 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
kp vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
kp womens 50+ daily formula oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
kp womens daily formula oral tablet	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL ST ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>I-methylfolate calcium oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>I-methylfolate-b6-b12 oral tablet 3-35-2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>I-methyl-mc nac oral tablet 6-2-600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>I-methyl-mc oral tablet 6-1-50-5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
LYSIPLEX PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
MACULAR HEALTH FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MACUVITE EYE CARE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
MACUVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
MACUVITE/LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
MAXIMUM D3 ORAL CAPSULE 325 MCG (13000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maximum daily green oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MEGA MULTI MEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mega vm-80 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>megavite fruits & veggies oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>megavite golden years 55+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens 50+ advanced oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens daily formula lycopene oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens multi vitamin & mineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MEPHYTON ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MERIBIN ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
METAFOLBIC ORAL TABLET 6-1-50-5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
METAFOLBIC PLUS ORAL TABLET 6-2-600 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MILLTRIUM SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
MTX SUPPORT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi + omega-3 adult gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi adult gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi complete iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for her 50+ oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for her 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for her oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for her oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for him 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MULTI FOR HIM ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi vitamin daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi vitamin oral tablet</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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
multi vitamin w/d-3 oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multi vitamin/minerals oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
MULTI-BETIC DIABETES ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
multi-day oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multi-day plus iron oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multi-day plus minerals oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multilex oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multilex-t&m oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multiple vit/minerals/no iron oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multiple vitamin oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multiple vitamins oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multiple vitamins/iron oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multipro oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
multi-vit/iron/fluoride oral solution 0.25-10 mg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin & mineral oral liquid	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin adult (minerals) oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin adult extra c oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin adult oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin adult oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin adults 50+ oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin adults oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin childrens (wl fa) oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
multi-vitamin daily oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin gummies adult oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin gummies mens oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
multi-vitamin gummies oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin gummies womens oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin men 50+ oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin men oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multi-vitamin monocaps oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin oral liquid	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multi-vitamin oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin women 50+ oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin women oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin womens 50+ adv oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin/extr vitamin d3 oral tablet chewable	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
multivitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
multi-vitamin/iron oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multi-vitamin/minerals oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin/zinc stress oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin-minerals oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multi-vitamins oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamins plus iron child oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
multivitamins/minerals adult oral liquid	\$0 (Nivel 3)	DP
multi-vite oral liquid	\$0 (Nivel 3)	DP
multivit-min gummies childrens oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION MINIS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
myamulti oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
mynephrocaps oral capsule 1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
MYNEPHRON ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
my-vitalife oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
NASCOBAL NASAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML	\$0 (Nivel 3)	DP
natural c/rose hips oral tablet 1000 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
natural vitamin d-3 oral tablet 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
neovite oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHPLEX RX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHRO-VITE RX ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
niacin er oral capsule extended release 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
niacin er oral tablet extended release 250 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
niacin oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
niacinamide oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
NICOMIDE ORAL TABLET 750-27-2-0.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
nicotinamide oral tablet 750-27-2-0.5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
NIVA-FOL ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
no iron mult vitamin-minerals oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
norwegian cod liver oil oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
ocular vitamins oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ocutabs oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ocutabs-lutein oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE ADULT 50+ ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE ADULT FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE EXTRA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE EYE + MULTI ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE EYE HEATLH GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
omnicap oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
once daily oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
once daily/iron oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ONCOVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE A DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
one daily adults 50+ oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
one daily calcium/iron oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
one daily complete oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
one daily for men 50+ advanced oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
one daily for men/lycopene oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
one daily for women 50+ adv oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
one daily for women oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
one daily healthy weight adv oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
one daily maximum oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
one daily mens 50+ multivit oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
one daily mens health oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
one daily multivitamin adult oral tablet	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
one daily multivitamin/iron oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
one daily womens 50 plus oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
one daily womens 50+ oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
one daily/minerals oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY ESSENTIAL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY FOR HER VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY FOR HIM VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY JOLLY RANCHER ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS (MINERALS) ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS 50+ ADVANTAGE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS HEALTH FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY PROACTIVE 65+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY SCOOBY-DOO GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY TEEN ADVANTAGE/HER ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY TEEN ADVANTAGE/HIM ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES+OMEGA-3 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WEIGHT SMART ADVANCE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS 50 PLUS ORAL TABLET	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ONE-A-DAY WOMENS 50+ ADVANTAGE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS HEALTHY SKIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS MIND & BODY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS PETITES ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi caps oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi-vit/mineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>optic-vites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTIFAST POST BARIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTIMAL D3 ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>optimum pms oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTIVITE P.M.T. ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
OPURITY BYPASS OPTIMIZED ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pan-c 500/bioflavonoids oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>parvlex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pc pediatric poly-vita/fe drop oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PERIDIN-C ORAL TABLET 200-50-150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pharmacist choice d-vitamin oral liquid 400 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PHYTOMULTI ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phytonadione oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>plain niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-vita/iron oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polyvitamin/iron oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal 19 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal one daily oral tablet 27-0.8 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
prenatal oral tablet 27-0.8 mg, 28-0.8 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
prenatal vitamin and mineral oral tablet 28-0.8 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
prenatal vitamin oral tablet 27-0.8 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
prenatal vitamins oral tablet 28-0.8 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
prenatal/iron oral tablet 28-0.8 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION AREDS 2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION AREDS 2 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION AREDS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION AREDS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION/LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
prevent oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
PRO-CAL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
PROCERV HP ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
profola oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
PRORENAL + D ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
PRORENAL + D W/ OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PROSIGHT ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PROSIGHT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
PROTECT CARDIO AF ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PROTECT PLUS SO ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PROTEGRA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
pure c 500 oral capsule extended release 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
PUREWAY-C ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
px advanced formula multivits oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
px b complex/vitamin c oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
PX CHILDRENS VITAMIN ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
px complete senior multivits oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
px folic acid oral tablet 400 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
px mens multivitamins oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
px vitamin c oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px vitamin e oral capsule 400 unit	\$0 (Nivel 3)	DP
pyridoxine hcl injection solution 100 mg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
pyridoxine hcl oral tablet 50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc childrens complete oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc daily multivit/multimineral oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
qc daily multivitamins/iron oral tablet	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
qc mens daily multivitamin oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
qc multi-vite 50 & over oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
qc multi-vite oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
qc prenatal oral tablet 28-0.8 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc therin-m oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
qc womens daily multivitamin oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
quin b strong oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
quintabs oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
quintabs-m oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ra balanced b-100 oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ra balanced b-50 oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ra b-complex oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ra b-complex with b-12 oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
RA CENTRAL-VITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ra central-vite womens mature oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ra folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
ra niacin oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
ra no flush niacin oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
ra one daily energy formula oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ra one daily essential oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ra one daily maximum oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ra one daily mens 50+ w/vit d3 oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ra one daily mens/vit d-3 oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ra one daily womens oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin b-1 oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin b-12 oral tablet 100 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin b12 oral tablet extended release 2000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin c oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin c oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin d-3 oral capsule 125 mcg (5000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin d-3 oral tablet 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ra vitamins complete childrens oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
RADIANCE PLATINUM VITAMIN D3 ORAL TABLET 125 MCG (5000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
RENAL MULTIVITAMIN FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
RENAL ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
renal vitamin oral tablet 0.8 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
renal-vite oral tablet 0.8 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
RENAPLEX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
RENAPLEX-D ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
rena-vite oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
rena-vite rx oral tablet 1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
reno caps oral capsule 1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
REQ 49+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
SAVISION ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
sb vitamin c oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
senior tabs oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
sentry oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
sentry senior oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
SIDEROL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
sm animal shapes complete oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm animal shapes kids first oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
sm antioxidant vitamins oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
sm b super vitamin complex oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
sm b100 complex oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
sm b-complex oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
sm b-complex/vitamin c oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
sm biotin oral capsule 5000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm chewable vitamin c oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm complete 50+ oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
sm complete 50+ ultimate mens oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
sm complete 50+ ultimate women oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
sm complete advanced formula oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
sm complete oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
sm complete senior formula oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
sm folic acid oral tablet 400 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm hair/skin/nails oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
sm multiple vitamins essential oral tablet	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm multiple vitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm niacin cr oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm one daily mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm opti-vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm super b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vit c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral capsule 50 mcg, 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin e oral capsule 1000 unit, 200 unit, 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>solo oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>span c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SPECTRAVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stress formula (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stress formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stress formula/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
STRESSTABS ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
STRESSTABS ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
STROVITE FORTE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
STROVITE ONE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
SUNVITE ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super aytinal 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super aytinal oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b complex maxi oral tablet</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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
super b complex/fa/vit c oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
super b complex/vitamin c oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
super b-complex + vitamin c oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
super b-complex/vit c/fa oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
super biotin oral capsule 5000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
super multiple oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
super multiple oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
SUPER NU-THERA ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
SUPER NU-THERA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
SUPER QINTS B-50 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
super thera vite m oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
super vita-mins oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
superplex-t oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
support oral liquid	\$0 (Nivel 3)	DP
SUPPORT-500 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
sv vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
TAB-A-VITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
tab-a-vite/iron oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
Thera M PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
Thera ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
thera vital m oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
therabasic-m oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
Thera-D 2000 ORAL TABLET 50 MCG (2000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
Thera-D RAPID REPLETION ORAL TABLET 50 MCG (2000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
Theragran-M ADVANCED 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
Theragran-M ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
Theragran-M ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
Theragran-M PREMIER 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
Theragran-M PREMIER ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
thera-m oral tablet	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
THERAMILL FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>therapeutic formula/hematinics oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>therapeutic multivit/mineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>therapeutic-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>therapeutic-m/lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thera-tabs m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thera-tabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
THERATRUM COMPLETE 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERATRUM COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>theravim-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
THEREMS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THEREMS-H ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THEREMS-M ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thiamine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thiamine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thiamine mononitrate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thrivite 19 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>total b/c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>triphrocaps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tropical liquid nutrition oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
UDAMIN SP ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ultra freeda oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ultra freedaliron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRACHOICE ADV FORMULA MATURE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRACHOICE ADVANCED FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>unicomplex-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>v-c forte oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VENEXA FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VENEXA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VENTRIXYL FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VENTRIXYL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VIC-FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>virt-caps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VIRT-GARD ORAL TABLET 2.2-25-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vision formula 2 oral capsule</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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
vision formula eye health oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
vision formula/lutein oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
vision vitamins oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
vit e-vit c-beta carotene oral tablet 200-250-5000	\$0 (Nivel 3)	DP
vita c/bioflavonoids/rose hips oral tablet 1000-30-18 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
vita hair oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
vitabasic complete oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
vitabasic senior oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
vita-bee/c oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
vitabex plus oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
vitachew multiple vitamin oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAFOL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAL-D RX ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
vitalee oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
VITALETS CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b + c complex oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b 12 oral tablet 500 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b complex oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b-1 oral tablet 100 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b12 oral tablet 100 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 250 mcg, 500 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b12 tr oral tablet extended release 2000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b12-folic acid oral tablet 500-400 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b6 oral tablet 100 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b-complex oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c er oral capsule extended release 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c er oral tablet extended release 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
vitamin c oral tablet chewable 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c plus wild rose hips oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c/rose hips tr oral tablet extended release 1000 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c-acerola oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c-rose hips er oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c-rose hips tr oral tablet extended release 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d (cholecalciferol) oral tablet 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d high potency oral capsule 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d infant oral liquid 10 mcg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d oral capsule 125 mcg (5000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d oral liquid 10 mcg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut), 400 unit, 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAMIN D-1000 MAX ST ORAL TABLET 25 MCG (1000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d3 complete oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d3 oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d-3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d3 oral liquid 10 mcg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg, 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d3 super strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d3 ultra strength oral capsule 125 mcg (5000 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
vitamin d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin e blend oral capsule 400 unit	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin e oral capsule 100 unit, 1000 unit, 200 unit, 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin e water soluble oral capsule 450 mg (1000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin e-200 oral capsule 90 mg (200 unit)	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin e-400 oral capsule 400 unit	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamin k1 injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamins acid-fluoride oral solution 0.25 mg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamins a-d-e/selenium oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamins for hair oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
vitamins/minerals oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
VITASANA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
vitasure oral tablet 1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
VITATRUM COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
vitatrum oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
vitatrum oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRAMYN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRANOL FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRANOL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITREXATE FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITREXATE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITREXYL + IRON ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITREXYL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
vitrum 50+ senior multi oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRUM SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
vp-vite rx oral tablet 1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
WEEKLY-D ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
wescaps oral capsule 1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
westab max oral tablet 2.5-25-2 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
westab mini oral tablet 2.2-25-1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
westab one oral tablet 2.5-25-1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
west-vite w/folic acid oral tablet 0.8 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
womens 50+ advanced oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
womens daily form/fa/ca/fe oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
womens daily formula oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
womens multi gummies oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
womens multi oral capsule	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
womens multivitamin oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
xvite oral tablet 1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
YELETS TEENAGE FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
yl folic acid oral tablet 400 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
yl vitamin b-6 oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
yl vitamin c oral tablet 1000 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
yl vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
YOUR LIFE MULTI ADULT GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
zoo friends complete oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
zyvana oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP

TÓPICOS

Agentes Para Boca/Garganta/Dentales

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 pastillas cada 30 días)
lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %	\$0 (Nivel 1)	
nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml	\$0 (Nivel 1)	
ORASEP MOUTH/THROAT SOLUTION 2-0.5-0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0 (Nivel 1)	
PERIOMED MOUTH/THROAT CONCENTRATE 0.63 %	\$0 (Nivel 3)	DP
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	\$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	

Dermatología, Acné

ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
adapalene external gel 0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (45 g cada 30 días)
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (45 g cada 30 días)
BENZEFOAM EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
BENZEPRO EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
BENZEPRO SHORT CONTACT EXTERNAL FOAM 9.8 %	\$0 (Nivel 3)	DP
benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %	\$0 (Nivel 1)	QL (46,6 g cada 30 días)
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
clindamycin phosphate external gel 1 %	\$0 (Nivel 1)	QL (75 g cada 30 días)

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ery external pad 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 compresas cada 30 días)
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<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 ml cada 30 días)
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (45 g cada 30 días)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (45 g cada 30 días)
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 g cada 30 días); NDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0 (Nivel 2)	QL (180 g cada 30 días)
<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 ml cada 30 días)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (50 g cada 30 días)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (3 parches cada 1 día)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (50 ml cada 30 días)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 ml cada 30 días)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 g cada 30 días)
Dermatología, Antibióticos		
<i>bacitracin external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bacitracin zinc-aloe external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>first aid antibiotic external ointment 3.5-400-5000 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
<i>gnp bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp triple antibiotic external ointment</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp triple antibiotic plus external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
hm triple antibiotic max st external ointment 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
medi-first triple antibiotic external ointment 5-400-5000 mg-unit	\$0 (Nivel 3)	DP
mupirocin external ointment 2 %	\$0 (Nivel 1)	QL (220 g cada 30 días)
px triple external ointment 3.5-400-5000	\$0 (Nivel 3)	DP
qc bacitracin external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
qc triple antibiotic max st external ointment 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
silver sulfadiazine external cream 1 %	\$0 (Nivel 1)	
sm antibiotic external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
sm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000	\$0 (Nivel 3)	DP
sm triple antibiotic max st external ointment 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sm triple antibiotic original external ointment 3.5-400-5000	\$0 (Nivel 3)	DP
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	
SULFAMYLYON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	\$0 (Nivel 2)	QL (453,6 g cada 30 días)
triple antibiotic external ointment , 3.5-400-5000 , 5-400-5000	\$0 (Nivel 3)	DP
triple antibiotic plus external ointment 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
triple antibiotic+pain relief external ointment 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
Dermatología, Anticuerpos		
antifungal (clotrimazole) external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
antifungal (tolnaftate) external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
antifungal clotrimazole external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
anti-fungal external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
antifungal external powder 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
athletes foot (clotrimazole) external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
athletes foot (terbinafine) external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
athletes foot powder spray external aerosol powder 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
athletes foot spray external aerosol 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
butenafine hcl external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
CARRINGTON ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
castellani paint modified external liquid 1.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ciclopirox olamine external cream 0.77 %	\$0 (Nivel 1)	QL (90 g cada 30 días)
ciclopirox olamine external suspension 0.77 %	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
clotrimazole anti-fungal external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
clotrimazole athletes foot external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
clotrimazole cream 1 % external (otc) 1 %	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
clotrimazole cream 1 % external (rx) 1 %	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
clotrimazole solution 1 % external (otc) 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
clotrimazole solution 1 % external (rx) 1 %	\$0 (Nivel 1)	QL (30 ml cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
cvs jock itch external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMAFUNGAL EXTERNAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
DESENEX EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
FUNGOID TINCTURE EXTERNAL SOLUTION 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
grp athletes foot external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
grp miconazorb af external powder 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
grp terbinafine hydrochloride external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
grp tolnaftate external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ketoconazole external cream 2 %	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
LAMISIL AT EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
miconazole antifungal external cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
miconazole nitrate external cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MICOTRIN AC EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MICOTRIN AP EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MYCOZYL AC EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MYCOZYL AP EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
nystatin external cream 100000 unit/gm	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
nystatin external ointment 100000 unit/gm	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
nystatin external powder 100000 unit/gm	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
px athletic foot external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
qc tolnaftate external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REMEDY ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REMEDY PHYTOPLEX ANTIFUNGAL EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sm antifungal clotrimazole external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sm antifungal miconazole external cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sm antifungal tolnaftate external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sm athletes foot external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SOOTHE & COOL INZO ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
terbinafine hcl external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
tgt antifungal external cream 1 %	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>tgt antifungal spray powder external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TING EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tolnaftate antifungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tolnaftate external powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ZEASORB-AF EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
Dermatología, Antipsoriáticos		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	\$0 (Nivel 1)	PA
calcipotriene external ointment 0.005 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 g cada 30 días)
calcipotriene external solution 0.005 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 ml cada 30 días)
CALCITRENE EXTERNAL OINTMENT 0.005 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 g cada 30 días)
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 g cada 30 días)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días)
Dermatología, Antiseborreicos		
ketoconazole external shampoo 2 %	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
selenium sulfide external lotion 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Corticosteroides		
ala-cort external cream 1 %, 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
alclometasone dipropionate external cream 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
clobetasol propionate e external cream 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
clobetasol propionate external cream 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
clobetasol propionate external gel 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
clobetasol propionate external ointment 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
clobetasol propionate external solution 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	QL (50 ml cada 30 días)

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 g cada 30 días)
fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %	\$0 (Nivel 1)	QL (118,28 ml cada 30 días)
fluocinolone acetonide external cream 0.01 %	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
fluocinolone acetonide external cream 0.025 %	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
fluocinolone acetonide external solution 0.01 %	\$0 (Nivel 1)	QL (90 ml cada 30 días)
fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %	\$0 (Nivel 1)	QL (118,28 ml cada 30 días)
fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
fluocinonide external cream 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
fluocinonide external gel 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
fluocinonide external ointment 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
fluocinonide external solution 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
fluticasone propionate external cream 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	
fluticasone propionate external ointment 0.005 %	\$0 (Nivel 1)	
halobetasol propionate external cream 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	QL (50 g cada 30 días)
halobetasol propionate external ointment 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	QL (50 g cada 30 días)
hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
hydrocortisone external lotion 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
hydrocortisone external ointment 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
mometasone furoate external cream 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	
mometasone furoate external ointment 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	
mometasone furoate external solution 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.5 %	\$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide external cream 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	QL (454 g cada 30 días)
triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	\$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Escabicidas Y Pediculicidas		
cvs lice treatment external liquid 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
eq lice killing max st external shampoo 0.33-4 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp lice treatment external liquid 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp lice treatment external shampoo 0.33-4 %	\$0 (Nivel 3)	DP
hm lice killing max st external shampoo 0.33-4 %	\$0 (Nivel 3)	DP
hm lice treatment external liquid 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
lice killing external shampoo 0.33-4 %, 4-0.33 %	\$0 (Nivel 3)	DP
lice killing maximum strength external shampoo 0.33-4 %	\$0 (Nivel 3)	DP
lice treatment creme rinse external liquid 1 %	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
malathion external lotion 0.5 %	\$0 (Nivel 1)	QL (59 ml cada 30 días)
NIX CREME RINSE EXTERNAL LIQUID 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
permethrin external cream 5 %	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
RID LICE KILLING SHAMPOO EXTERNAL SHAMPOO 0.33-4 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sb lice killing max st external shampoo 0.33-4 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sm lice killing max strength external shampoo 0.33-4 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sm lice treatment external lotion 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
Dermatología, Varios Para La Piel Y Membranas Mucosas		
ammonium lactate cream 12 % external (otc) 12 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ammonium lactate cream 12 % external (rx) 12 %	\$0 (Nivel 1)	
ammonium lactate lotion 12 % external (otc) 12 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ammonium lactate lotion 12 % external (rx) 12 %	\$0 (Nivel 1)	
anti-itch external cream 2-0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
antiseptic skin cleanser external solution 4 %	\$0 (Nivel 3)	DP
AQUA GLYCOLIC FACE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
arthritis pain relieving external cream 0.075 %	\$0 (Nivel 3)	DP
BANOPHEN EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
BASLE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
benzoin external tincture	\$0 (Nivel 3)	DP
beta care external cream	\$0 (Nivel 3)	DP
BETA XMA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
BETADINE EXTERNAL SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 3)	DP
bexarotene external gel 1 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días); NDS
calamine external lotion 8-8 %	\$0 (Nivel 3)	DP
calamine phenolated external lotion	\$0 (Nivel 3)	DP
calamine-zinc oxide external lotion 8-8 %	\$0 (Nivel 3)	DP
CALMOSEPTINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
capsaicin external cream 0.025 %, 0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
capsaicin pain relief external cream 0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
CAPZASIN-HP EXTERNAL CREAM 0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
CERAVE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
CERAVE MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
CERAVE SA ROUGH & BUMPY SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
CETAPHIL MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
CLORPACTIN POWDER 2 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coconut oil beauty external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs moisturizing extra dry external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMABASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
DIABETIDERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
DIABETIDERM FOOT REJUVENATING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1000 g cada 30 días)
<i>diphenhydramine-zinc acetate external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DML FORTE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
DYNA-HEX 4 EXTERNAL SOLUTION 4 %	\$0 (Nivel 3)	DP
EMOLLIA-CREME EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN CALMING DAILY MOIST EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN INTENSIVE REPAIR HAND EXTERNAL CREAM 2.5-10 %	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN PLUS EXTERNAL CREAM 2.5-10 %	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN SKIN CALMING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>first aid antiseptic external ointment 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (40 g cada 30 días)
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10 ml cada 30 días)
<i>gnp anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp capsaicin external liquid 0.15 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GOLD BOND ULTIMATE HEALING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm lidocaine patch external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HYDRASYN25 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (24 paquetes cada 30 días)
<i>itch relief extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
KERADAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
KERR TRIPLE DYE SWABS EXTERNAL SWAB	\$0 (Nivel 3)	DP
LACTINOL HX EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>leader finger cream external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lidocaine pain relieving external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MEDPURA ZINC OXIDE EXTERNAL OINTMENT 20 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (59 ml cada 30 días)
<i>moisturizing cream external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEUTROGENA HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
NIVEA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
NIVEA SOFT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
NUTRADERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días); NDS
PEN-KERA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PENTRAVAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PENTRAVAN PLUS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (7 ml cada 28 días)
<i>povidone-iodine external ointment 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PRETTY FEET/HANDS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
PROCTO-PAK EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>px calamine external lotion</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc calamine external lotion</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc povidone iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	\$0 (Nivel 2)	QL (30 g cada 30 días)
RISABAL-PH EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
RISAMINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.625 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ROSADAN EXTERNAL CREAM 0.75 %	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)

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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm benzoin tincture external tincture</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calamine external lotion</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calamine phenolated external lotion</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SORBOLENE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (100 g cada 30 días)
<i>therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 g cada 30 días); NDS
VANICREAM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
VELVACHOL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
XERAC AC EXTERNAL SOLUTION 6.25 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ZOSTRIX HP EXTERNAL CREAM 0.075 %, 0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF EXTERNAL CREAM 0.033 %	\$0 (Nivel 3)	DP
Óticos		
DEBROX OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ear drops earwax aid otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>earwax removal otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp earwax removal drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MURINE EAR OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm ear drops otic solution 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.....	98	adult aspirin regimen.....	32	allergy-time	92
12 hour nasal decongestant.....	98	adult one daily gummies.....	130	allopurinol.....	36
12 hour nasal spray.....	98	ADVAIR DISKUS	96	ALMAONE DOUBLE STRENGTH	70
1st base.....	54	ADVAIR HFA.....	96	alosetron hcl.....	73
24hr allergy relief.....	92	ADVANCED MULTI EA.....	130	ALPHAGAN P	86
3 day vaginal	81	ADVANTAGE CARE		alprazolam.....	107
4-WAY FAST ACTING	98	ELECTROLYTE PED.....	123	ALREX	88
50+ adult eye health.....	129	ADVIL JUNIOR STRENGTH.....	29	ALTAVERA	57
8 hour arthritis pain reliever.....	32	AFIRMELLE	57	alum & mag hydroxide-simeth.....	70
8 hr arthritis pain relief.....	32	AIMOVIG	117	alumina-magnesia-simethicone	70
8hr muscle aches & pain.....	32	AIRBORNE	130	aluminum hydroxide gel.....	70
a thru z advanced.....	129	AIRBORNE GUMMIES	130	ALUNBRIG	16
a thru z high potency.....	129	AIRBORNE KIDS	130	alyacen 1/35.....	57
a thru z select.....	129	AIRBORNE+GOOD REST	130	alyacen 7/7/7	57
a thru z select 50+ advanced.....	129	AIRBORNE+NATURAL ENERGY	130	AMABELZ	67
a thru z select 50+ mens.....	129	AIRBORNE+PROBIOTIC	130	amantadine hcl	105, 106
a thru z select advanced.....	129	ala-cort.....	162	ambrisentan	53
a thru z select ultimate women	129	ALAVER.....	92	AMETHIA	57
a thru z ultimate mens.....	129	ALAVER ALLERGY/SINUS	98	amikacin sulfate	40
a-10000.....	129	albendazole	40	amiloride hcl	52
abacavir sulfate	36	albuterol sulfate	95	amiloride-hydrochlorothiazide	52
abacavir sulfate-lamivudine	38	albuterol sulfate hfa	95	amiodarone hcl	48
abc complete senior womens 50+	129	aclometasone dipropionate	162	amitriptyline hcl	111
abc plus.....	129	ALDURAZYME	65	AMLADEX	130
ABC PLUS SENIOR ADULTS 50+	129	ALECENSA	16	amlodipine besy-benazepril hcl	51
ABELCET	39	alendronate sodium	69	amlodipine besylate	50
ABILIFY MAINTENA.....	113	aler-cap.....	92	amlodipine besylate-valsartan	51
abiraterone acetate	15	alfuzosin hcl er.....	82	amlodipine-olmesartan	51
acamprosate calcium	118	algae based calcium	130	ammonium lactate	164
acarbose	63	aliskiren fumarate	52	AMNESTEEM	158
ACCUTANE	158	ALIVE ULTRA POTENCY		amoxapine	111
acebutolol hcl	49	WOMENS 50+	130	amoxicillin	45
acerola c-500.....	130	ALIVE WOMENS 50+	130	amoxicillin-pot clavulanate	46
acetaminophen	32	ALIVE WOMENS ENERGY	130	amoxicillin-pot clavulanate er	46
acetaminophen 8 hour.....	32	ALIVE WOMENS GUMMY	130	amphetamine-dextroamphetamine er	116
acetaminophen childrens	32	all day allergy	92	amphetamine-dextroamphetamine	116
acetaminophen er	32	all day allergy childrens	92	amphotericin b	39
acetaminophen extra strength	32	all day allergy d	98	amphotericin b liposome	39
acetaminophen infants	32	all day allergy-d	98	ampicillin	46
acetaminophen-codeine	31	ALLBEE/C	130	ampicillin sodium	46
acetaminophen-codeine #3	31	all-day allergy childrens	92	ampicillin-sulbactam sodium	46
acetazolamide	52	aller-chlor	92	anagrelide hcl	83
acetazolamide er	52	aller-ease	92	anastrozole	15
acetic acid	82, 91	allergy	92	animal chews	130
acetylcysteine	96	allergy (cetirizine)	92	ANIMAL SHAPES	130
acitretin	162	allergy 24-hr	92	animal shapes/iron	130
ACTHIB	27	allergy childrens	92	ANIMI-3	130
actical	130	allergy rel child (loratadine)	92	ANORO ELLIPTA	96
ACTIMMUNE	26	allergy relief	92	antacid	70
active fe	83	allergy relief (loratadine)	92	antacid anti-gas max strength	70
acyclovir	42	allergy relief cetirizine	92	antacid anti-gas reg strength	70
acyclovir sodium	42	allergy relief childrens	92	antacid maximum strength	70
ADACEL	27	allergy relief d	99	antacid plus anti-gas relief	70
adapalene	158	allergy relief d-12	99	antacid regular strength	70
adefovir dipivoxil	42	allergy relief d-24	99	antacid/antigas	70
ADEK GUMMIES PLUS ZN	130	allergy relief/indoor/outdoor	92	antacid/anti-gas	70
ADEMPAS	53	allergy relief/nasal decongest	99	anti-diarrheal	71
ADIPEX-P	118	allergy relief-d	99	antifungal	160
ADRENALIN	52	allergy/congestion relief	99	anti-fungal	160

antifungal (<i>clotrimazole</i>)	160	AUSTEDO	116	BENZEFOAM	158
antifungal (<i>tolnaftate</i>)	160	AVIANE	57	BENZEPRO	158
antifungal <i>clotrimazole</i>	160	AVITA	158	BENZEPRO SHORT CONTACT	158
anti-itch	164	AYUNA	57	<i>benzoin</i>	164
antioxidant	130	AYVAKIT	16	<i>benzonatate</i>	99
anti-oxidant	130	<i>az cream</i>	54	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	158
antioxidant <i>a/c/e/selenium</i>	130	<i>azacitidine</i>	21	<i>benzphetamine hcl</i>	118
antioxidant formula	130	<i>azathioprine</i>	26	<i>benztropine mesylate</i>	106
antiseptic skin cleanser	164	<i>azelastine hcl</i>	86, 92	BERINERT	83
APHEN	32	<i>azithromycin</i>	44	BESIVANCE	87
aprepitant	72	AZO HORMONAL HEALTH		BESREMI	22
APRI	57	CYCLE CARE	130	<i>beta care</i>	164
APTIOM	107	AZO HORMONAL HEALTH		BETA XMA	164
APTVUS	36	HAPPY CYCL	130	BETADINE	164
AQUA GLYCOLIC FACE	164	<i>aztreonam</i>	40	<i>betaine</i>	65
AQUADEKS	130	AZURETTE	57	<i>betamethasone dipropionate</i>	162
aqueous <i>vitamin d</i>	130	<i>b complex</i>	131	<i>betamethasone dipropionate aug</i>	162
ARALAST NP	96	<i>b complex (folic acid)</i>	131	<i>betamethasone valerate</i>	162
ARANELLE	57	<i>b complex vitamins</i>	131	BETASERON	106
ARBEM H-COSMETIC	54	<i>b complex-b12</i>	131	<i>betaxolol hcl</i>	49, 86
ARBEM LIPOOPEN	54	<i>b complex-c</i>	131	<i>bethanechol chloride</i>	82
ARCALYST	26	<i>b complex-c-folic acid</i>	131	BETOPTIC-S	86
<i>aripiprazole</i>	113	<i>b-1</i>	131	<i>better b complex</i>	131
ARISTADA	113	<i>b-12</i>	131	BEVESPI AEROSPHERE	96
ARISTADA INITIO	113	<i>b-12 tr</i>	131	<i>bexarotene</i>	22, 164
<i>armodafnil</i>	118	<i>b-6</i>	131	BEXSERO	27
ARNUTITY ELLIPTA	98	<i>b6 natural</i>	131	<i>bicalutamide</i>	15
<i>arthritis pain relief</i>	32	<i>bacitracin</i>	87, 159	BICILLIN L-A	46
<i>arthritis pain relieving</i>	164	<i>bacitracin zinc</i>	159	BIKTARVY	38
<i>artificial tears</i>	88	<i>bacitracin zinc-aloe</i>	159	BIO-35 GLUTEN-FREE	131
<i>ascorbic acid</i>	130	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	87	<i>biocal</i>	131
<i>asenapine maleate</i>	113	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	87	BIOLYTE	123
ASHLYNA	57	<i>baclofen</i>	107	<i>biosupp</i>	131
<i>aspirin</i>	32	BACMIN	131	BIOTECT PLUS	131
<i>aspirin adult low strength</i>	32	BAFIERTAM	106	<i>biotin</i>	131
<i>aspirin ec</i>	32	<i>balance b-50</i>	131	<i>biotin 5000</i>	131
<i>aspirin ec adult low strength</i>	32	<i>balsalazide disodium</i>	75	<i>biotin maximum strength</i>	131
<i>aspirin ec low strength</i>	32	BALVERSA	16	<i>biotin plus/calcium/vit d3</i>	131
<i>aspirin low dose</i>	32	BALZIVA	57	<i>bisacodyl</i>	76
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	86	BANOPHEN	92, 164	<i>bisacodyl ec</i>	76
ASSURE ID INSULIN SAFETY		BARACLUDE	42	<i>bisacodyl laxative</i>	76
SYR	62	<i>bariatric multivitamins/iron</i>	131	<i>bismatrol</i>	71
atazanavir sulfate	36	BASAGLAR KWIKPEN	62	<i>bismuth</i>	71
atenolol	49	BASE PCCA CLARIFYING	54	<i>bismuth subsalicylate</i>	71
atenolol-chlorthalidone	50	BASLE	164	<i>bisoprolol fumarate</i>	49
athletes foot (<i>clotrimazole</i>)	160	BAYER ASPIRIN	33	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	51
athletes foot (<i>terbinafine</i>)	160	BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE	33	BIVIGAM	25
athletes foot powder spray	160	<i>bcg vaccine</i>	27	BLISOVI 24 FE	57
athletes foot spray	160	<i>b-complex (folic acid)</i>	131	BLISOVI FE 1.5/30	57
atomoxetine hcl	116	<i>b-complex balanced</i>	131	<i>body/hair/skin/nails</i>	131
atorvastatin calcium	48	<i>b-complex/b-12</i>	131	BOOSTRIX	27
atovaquone	40	<i>b-complex/vitamin c</i>	131	<i>bortezomib</i>	16
atovaquone-proguanil hcl	42	<i>b-complex-c</i>	131	<i>bosentan</i>	53
atropine sulfate	88	<i>b-complex-c (w/folic acid)</i>	131	BOSULIF	16
ATROVENT HFA	91	BELSOMRA	117	<i>bp vit 3</i>	131
AUBRA EQ	57	<i>benazepril hcl</i>	53	BPROTECTED MULTI-VITE	131
AUROVELA 1/20	57	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	51	BPROTECTED PEDIA D-VITE	131
AUROVELA 24 FE	57	BENDEKA	15	BPROTECTED PEDIA POLY-	
AUROVELA FE 1.5/30	57	BENLYSTA	26	VITE/FE	131
AUROVELA FE 1/20	57	BENZEDREX	99	BRAFTOVI	16

BREO ELLIPTA	96	calcium 600+d	124	cefadroxil	43
BREZTRI AEROSPHERE	96	calcium 600+d high potency	124	cefazolin sodium	43
briellyn	57	calcium 600+d3	124	cefazolin sodium-dextrose	43
BRILINTA	86	calcium 600-d	124	cefdinir	43
brimonidine tartrate	86	calcium acetate	55	cefeprazone hcl	43, 44
brinzolamide	87	calcium acetate (phos binder)	55	cefixime	44
BRIVIACT	107	calcium carb-cholecalciferol	124	cefoxitin sodium	44
bromocriptine mesylate	106	calcium carbonate	125	cefpodoxime proxetil	44
BROMSITE	88	calcium carbonate antacid	70	cefpotizil	44
BRUKINSA	16	calcium citrate	125	ceftazidime	44
budesonide	75, 98	calcium citrate + d3	125	ceftazidime and dextrose	44
budesonide er	75	calcium citrate + d3 maximum	125	ceftriaxone sodium	44
bumetanide	52	calcium citrate +d	125	cefuroxime axetil	44
buprenorphine	30	calcium citrate+d3	125	cefuroxime sodium	44
buprenorphine hcl	118	calcium citrate+d3 petites	125	celecoxib	29
buprenorphine hcl-naloxone hcl	118	calcium citrate-vitamin d	125	CELONTIN	107
bupropion hcl	112	calcium citrate-vitamin d3	125	centavite a-z complete-mineral	132
bupropion hcl er (smoking det)	118	calcium extra d3	125	CENTRATEX	83
bupropion hcl er (sr)	112	calcium high potency	125	centravites	132
bupropion hcl er (xl)	112	calcium high potency/vitamin d	125	centravites 50 plus	132
buspirone hcl	107	calcium oyster shell	125	centravites adults	132
butenafine hcl	160	calcium plus vitamin d	125	CENTRUM	132
butorphanol tartrate	31	calcium+d3	125	CENTRUM ADULTS	132
BYDUREON BCISE	64	calcium-magnesium-zinc	125	CENTRUM CARDIO	132
BYETTA 10 MCG PEN	64	calcium-vitamin d3	125	CENTRUM FLAVOR BURST	
BYETTA 5 MCG PEN	64	CALMOSEPTINE	164	ADULT	132
c 1000	132	CALQUENCE	16	CENTRUM FLAVOR BURST KIDS	
c 500	132	CAMILA	57		132
c-1000	132	CAMRESE	57	CENTRUM FRESH/FRUITY 50+	132
c-1000/rose hips	132	CAMRESE LO	57	CENTRUM FRESH/FRUITY	
c-250	132	candesartan cilexetil	47	ADULT	132
c-500	132	candesartan cilexetil-hctz	51	CENTRUM KIDS	132
c-500/rose hips	132	capcof	99	CENTRUM MEN	132
cabergoline	65	CAPLYTA	113	CENTRUM MULTIGUMMIES	132
CABOMETYX	16	CAPRELSA	16	CENTRUM SILVER	132
calamine	164	capsaicin	164	CENTRUM SILVER 50+MEN	132
calamine phenolated	164	capsaicin pain relief	164	CENTRUM SILVER 50+WOMEN	132
calamine-zinc oxide	164	captopril	53	CENTRUM SILVER ADULT 50+	132
CALCI-CHEW	124	CAPZASIN-HP	164	CENTRUM SILVER ULTRA	
CALCIDOL	132	carbamazepine	107	WOMENS	132
calcipotriene	162	carbamazepine er	107	CENTRUM SPECIALIST HEART	133
calcitonin (salmon)	69	carbidopa-levodopa	106	CENTRUM SPECIALIST VISION	133
CALCITRATE	124	carbidopa-levodopa er	106	CENTRUM ULTRA WOMENS	133
CALCITRENE	162	carbidopa-levodopa-entacapone	106	CENTRUM WOMEN	133
calcitriol	56	carboplatin	15	century	133
calcium	125	carboxymethylcellulose sod pf	89	century mature	133
calcium + d	124	carboxymethylcellulose sodium	89	cephalexin	44
calcium + vitamin d3	124	CARDIOTEK RX	132	CERALYTE 70	123
calcium 500 + d	124	carglumic acid	65	CERASPORT	123
calcium 500 + d3	124	carisoprodol	107	CERASPORT EX1	123
calcium 500 +d	124	CARRINGTON ANTIFUNGAL	160	CERAVE	164
calcium 500+d high potency	124	carteolol hcl	87	CERAVE MOISTURIZING	164
calcium 500+d3	124	CARTIA XT	50	CERAVE SA ROUGH & BUMPY	
calcium 600	124	carvedilol	49	SKIN	164
calcium 600 + d	124	caspofungin acetate	39	CERDELGA	65
calcium 600 high potency	124	castellani paint modified	160	CEREFOLIN	133
calcium 600/vitamin d	124	CAYSTON	40	CEREZYME	66
calcium 500+d	124	c-chewable	132	CEROVITE ADVANCED	
calcium 500+d high potency	124	cefaclor	43	FORMULA	133
calcium 500+d3	124	cefaclor er	43	CEROVITE JR	133

CEROVITE SENIOR.....	133
certa plus.....	133
CERTA-VITE.....	133
CERTAVITE SENIOR.....	133
CERTAVITE SENIOR/ANTIOXIDANT	133
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS.....	133
CETAPHIL MOISTURIZING	164
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND	165
cetirizine hcl.....	92
cetirizine hcl allergy child.....	92
cetirizine hcl childrens.....	92
cetirizine hcl childrens alrgy.....	92
cetirizine-pseudoephedrine er.....	99
cevimeline hcl.....	158
charcoal.....	66
CHATEAL.....	57
CHEMET.....	56
chest congestion relief.....	99
chest congestion relief dm	99
chewable vite childrens	133
childrens acetaminophen	33
CHILDRENS ADVIL.....	29
childrens animal shapes	133
childrens apap	33
childrens chew multivitamin.....	133
childrens chewable multi vits.....	133
childrens chewable vitamins	133
childrens gummies.....	133
childrens ibuprofen.....	29
childrens loratadine.....	92
childrens multivitamin.....	133
childrens silapap	33
chlorhexidine gluconate	158
chlorhist.....	92
chloroquine phosphate	42
chlorpheniramine maleate	92
chlorpromazine hcl.....	113, 114
chlorthalidone	52
cholestyramine	49
cholestyramine light	48
CHROMAGEN.....	84
chromic chloride	128
ciclopirox olamine	160
cilostazol.....	83
CILOXAN.....	87
CIMDUO.....	38
cinacalcet hcl.....	66
CIPRO.....	45
ciprofloxacin hcl.....	45, 87
ciprofloxacin in d5w.....	45
ciprofloxacin-dexamethasone	91
cisplatin.....	15
citalopram hydrobromide	112
CITRACAL MAXIMUM.....	125
CITRACAL PETITES/VITAMIN D	125
citrus calcium +d.....	125
citrus calcium/vitamin d	125
CLARAVIS.....	158
clarithromycin	45
clarithromycin er.....	45
classic prenatal.....	133
CLEAR EYES NATURAL TEARS	89
CLEARLAX.....	76
clindamycin hcl.....	40
clindamycin palmitate hcl.....	40
clindamycin phosphate	40, 81, 158, 159
clindamycin phosphate in d5w	40
clindamycin phosphate in nacl	40
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	128
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	128
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	128
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	129
clinimix/dextrose (6/5)	129
clinimix/dextrose (8/10)	129
clinimix/dextrose (8/14)	129
CLINISOL SF.....	129
CLINOLIPID.....	129
clobazam	107, 108
clobetasol propionate	162
clobetasol propionate e	162
clomipramine hcl	112
clonazepam	108
clonidine	52
clonidine hcl	52
clopidogetrel bisulfate	86
clorazepate dipotassium	108
CLORPACTIN.....	165
clotrimazole	81, 158, 160, 161
clotrimazole 3	81
clotrimazole anti-fungal	160
clotrimazole athletes foot	160
clotrimazole-betamethasone	161
clozapine	114
co q 10	120
co q10	120
co q-10	120
COARTEM.....	42
coconut oil beauty	165
cod liver oil	133
coditussin ac	99
coditussin dac	99
coenzyme q10	120
coenzyme q-10	120
co-enzyme q10	120
co-enzyme q-10	120
COLACE.....	76
COLACE 2-IN-1	76
colchicine	36
colchicine-probenecid	36
colesevelam hcl	49
colestipol hcl	49
colistimethate sodium (cba)	40
COMBIGAN.....	87
COMBIVENT RESPIMAT	96
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	16
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	16
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE.....	62
companion	133
COMPETE	133
COMPLERA	38
complete	133
complete allergy medicine	92
complete allergy relief	93
complete multivitamin/mineral	133
complete senior	133
COMPRO	72
constulose	76
COPIKTRA	16
coq10	120
coq-10	120
CORLANOR	52
CORVITA	133
CORVITA 150	84
CORVITE 150	84
corvite fe	84
COTELIC	16
cough dm	99
cough dm childrens	99
cough/chest congestion dm	99
cream base	54
CREON	75
cromolyn sodium	73, 86, 96
CRYSELLE-28	57
CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV	133
cupric chloride	129
CVS AIRSHIELD	133
CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT	133
cvs b complex plus c	133
cvs b-1	133
cvs b6	133
cvs biotin	134
cvs calcium carbonate	125
cvs calcium citrate +d	125
cvs calcium citrate +d3 mini	125
cvs calcium citrate+d3	125
cvs calcium citrate+d3 petites	125
cvs chewable c with rose hips	134
cvs chewable childrens vitamin	134
cvs childrens complete	134
cvs coenzyme q-10	120
cvs cough dm	99
cvs d3	134
cvs daily gummies	134
cvs daily gummies adult	134
cvs daily multiple for men	134
cvs daily multiple for women	134
cvs daily multiple women 50+	134
cvs e	134
cvs electrolyte solution	123
cvs eye health & lutein	134
cvs eye health adult 50+	134
cvs folic acid	134

cvs gauze sterile.....	62	d 2000.....	135	DERMACINRX FOLTAMIN	136
cvs glucose.....	56	d 400.....	135	DERMACINRX RIBOTIN-E	136
cvs gummy dinos.....	134	d 5000.....	135	DERMACINRX ZINTREXYL-C	136
cvs gummy multivitamin kids.....	134	d-1000 extra strength.....	135	DERMAFUNGAL	161
cvs iron.....	84	d2000 ultra strength.....	135	DESCOVY	38
cvs jock itch.....	161	d3.....	135	DESENEX.....	161
CVS KETONE CARE	66	d3 high potency.....	135	desipramine hcl.....	112
cvs lice treatment.....	163	d3 maximum strength.....	135	desmopressin ace spray refrigerated	66
cvs magnesium.....	125	d3 super strength.....	135	desmopressin acetate	66
cvs magnesium oxide.....	125	d3 vitamin.....	135	desmopressin acetate pf.....	66
cvs mens daily gummies.....	134	d3-1000.....	135	desmopressin acetate spray	66
cvs moisturizing.....	165	d-3-5.....	135	desogestrel-ethynodiol dihydrogenated.....	58
cvs moisturizing extra dry.....	165	D3-50.....	135	desvenlafaxine succinate er	112
cvs one daily essential.....	134	d-400.....	135	dexamethasone	68
cvs one daily mens 50+ adv.....	134	d-5000.....	135	DEXAMETHASONE INTENSOL	68
cvs one daily mens formula.....	134	daily multi.....	135	dexamethasone sod phosphate pf.....	68
cvs one daily womens 50+ adv.....	134	daily multiple vitamins.....	135	dexamethasone sodium phosphate	68, 88
cvs one daily womens formula.....	134	daily multiple vitamins/iron	135	dexamylphenidate hcl	116
cvs oyster shell calcium+vit d	126	daily multivitamin	135	dextromethorphan hbr	99
cvs oyster shell calcium-vit d	126	daily value multivitamin	135	dextromethorphan polistirex er	99
cvs ped electrolyte freeze pop.....	123	daily vitamin	136	dextromethorphan-guaifenesin	99
cvs pediatric electrolyte	123	daily vitamin formula	136	dextrose	129
cvs pinworm treatment.....	40	daily vitamin formula+iron	136	dextrose 5%/electrolyte #48	121
cvs spectravite adult 50+.....	134	daily vitamin formula+minerals	136	dextrose in lactated ringers	121
cvs spectravite adults.....	134	daily vitamins	136	dextrose-nacl	121
cvs spectravite advanced.....	134	daily vite	136	dextrose-sodium chloride	121
cvs spectravite men.....	134	daily vite multivitamin/iron	136	diabetes health formula	136
cvs spectravite men 50+.....	134	daily vites	136	DIABETIC TUSSIN DM	100
cvs spectravite senior.....	134	daily vites/iron	136	DIABETIDERM	165
cvs spectravite ultra men 50+	134	daily-vite	136	DIABETIDERM FOOT	165
cvs spectravite ultra mens	134	daily-vite multivitamin	136	REJUVENATING	165
cvs spectravite ultra women.....	134	daily-vite/iron/beta-carotene	136	DIACOMIT	108
cvs spectravite women	134	dalfampridine er	106	DIALYVITE	136
cvs spectravite women 50+	134	DALIRESP	96	DIALYVITE 3000	136
cvs spectravite womens senior.....	134	danazol	67	DIALYVITE 5000	136
cvs super b complex/c	134	dantrolene sodium	107	DIALYVITE 800	136
cvs vision health.....	135	dapsone	40	DIALYVITE 800/ultra d	136
cvs vitamin b12.....	135	DAPTACEL	27	DIALYVITE 800/ZINC	136
cvs vitamin b-12.....	135	daptomycin	40	DIALYVITE 800-ZINC 15	136
cvs vitamin c	135	DASETTA 1/35	57	DIALYVITE SUPREME D	136
cvs vitamin c-rose hips	135	DASETTA 7/7/7	57	DIALYVITE VITAMIN D 5000	136
cvs vitamin d3.....	135	DAURISMO	16	DAYSEE	58
cvs vitamin e	135	dayavite	136	DEBLITANE	58
cvs womens active daily	135	DAYSEE	58	DEBROX	167
cvs womens daily gummies.....	135	DECARA	136	DECUBI-VITE	136
cvs zinc gluconate.....	126	DEFERASIROX	56	deferasirox	56
cyanocobalamin	135	DEFERASIROX granules	56	diclofenac potassium	29
cyclobenzaprine hcl	107	dekas bariatric	136	diclofenac sodium	29, 88, 165
cyclophosphamide	15	DEKAS PLUS	136	diclofenac sodium er	29
cycloserine	38	DEKAS PLUS OCEAN	136	dicloxacillin sodium	46
cyclosporine	26	DELESTROGEN	67	dicyclomine hcl	73
cyclosporine modified	26	DELSTRIGO	38	diethylpropion hcl	118
cyproheptadine hcl	93	DELSYM	99	diethylpropion hcl er	118
CYRED EQ	57	DELSYM COUGH CHILDRENS	99	DIFFERIN	159
CYSTADROPS	89	delta d3.....	136	DIFCID	45
CYSTAGON	66	DENGVAXIA	27	diflunisal	29
CYSTARAN	89	DERMABASE	165	diloprednate	88
cytarabine	21			digoxin	52
d 1000	135			dihydroergotamine mesylate	117
d 10000	135				

DILANTIN	108	D-VI-SOL	137	entecavir	42
DILANTIN INFATABS	108	DYNA-HEX 4	165	ENTRESTO	51
diltiazem hcl	50	e 1000	137	enulose	76
diltiazem hcl er	50	E.E.S. 400	45	EPCLUSA	42
diltiazem hcl er beads	50	e200	137	EPIDIOLEX	108
diltiazem hcl er coated beads	50	e-200	137	epinephrine	96
dilt-xr	50	e-400	137	EPITOL	108
DINO-LIFE	136	ear drops	167	EPIVIR HBV	42
diphen	93	ear drops earwax aid	167	eplerenone	47
diphenhist	93	earwax removal	167	EPRONTIA	108
diphenhydramine hcl	93	earwax removal kit	167	epsom salt	76
diphenhydramine hcl childrens	93	ec-naproxen	29	eq calcium 500+d	126
diphenhydramine-zinc acetate	165	ECOTRIN	33	eq calcium citrate+d	126
diphenoxylate-atropine	73	ECOTRIN LOW STRENGTH	33	eq complete multivit adult 50+	137
diphtheria-tetanus toxoids dt	27	ed chlorped jr	93	eq complete multivitamin child	137
dipyridamole	86	ed-a-hist dm	100	eq complete multivitamin-adult	137
disney cars gummies	136	ed-apap	33	eq cough dm	100
disney princess gummies	137	EDURANT	36	eq lice killing max st	163
disopyramide phosphate	48	efavirenz	36	eq multivitamin gummies	137
disulfiram	118	efavirenz-emtricitab-tenofovir	38	eq one daily mens 50+	137
divalproex sodium	108	efavirenz-lamivudine-tenofovir	38	eq one daily mens health	137
divalproex sodium er	108	ELDERTONIC	137	eq one daily womens health	137
DML FORTE	165	ELFOLATE PLUS	137	eq therapeutic moisturizing	165
docetaxel	22	ELIGARD	15	eql all day allergy	93
docu	76	ELINEST	58	eql allergy/congestion relief	100
DOCU LIQUID	76	ELIQUIS	82	eql antacid/anti-gas	70
docusate calcium	76	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	82	eql b complex 50	137
docusate mini	76	ELLA	58	eql b-6	137
docusate sodium	76	ELLENCE	21	eql calcium citrate/vitamin d	126
DOCUSOL MINI	76	ELURYNG	58	eql calcium citrate/vitamin d3	126
DOCUSOL PLUS MINI-ENEMA	76	EMCYT	15	eql century	137
dofetilide	48	EMERGEN-C VITAMIN C	137	eql century mature	137
DOK	76	EMOLLIA-CREME	165	eql century mature adults 50+	137
donepezil hcl	111	emollient base	54	eql century mens	137
DOPTELET	83	EMOQUETTE	58	eql child multivit/minerals	137
dorzolamide hcl	87	EMSAM	112	eql coq10	120
dorzolamide hcl-timolol mal	87	emtricitabine	36	eql iron supplement therapy	84
DOTTI	67	emtricitabine-tenofovir df	38	eql one daily mens 50+ advance	137
DOVATO	38	EMTRIVA	36	eql one daily mens health	137
doxazosin mesylate	47	EMVERM	40	eql one daily womens 50+ adv	137
doxepin hcl	112, 117	enalapril maleate	53	eql slow release iron	84
doxorubicin hcl	21	enalapril-hydrochlorothiazide	51	eql super b complex/vitamin c	137
doxorubicin hcl liposomal	21	ENBREL	23	eql vision formula	137
DOXY 100	47	ENBREL MINI	23	eql vitamin b-12	137
doxycycline hyolate	47	ENBREL SURECLICK	23	eql vitamin b-12 tr	137
doxycycline monohydrate	47	ENDARI	83	eql vitamin c	138
DRISDOL	137	ENDOCET	31	eql vitamin c/rose hips	138
DRIZALMA SPRINKLE	112	ENDUR-ACIN	137	eql vitamin d3	138
dronabinol	72	ENDUR-C	137	eql vitamin e	138
drospiren-eth estrad-levomefol	58	enema	76	ergocalciferol	138
drospirenone-ethynodiol estradiol	58	enema ready-to-use	76	ergotamine-caffeine	117
DROXIA	83	ENEMEEZ MINI	76	ERIVEDGE	16
droxidopa	52	ENEMEEZ PLUS	76	ERLEADA	15
DRY EYE FORMULA	137	ENFAMIL ENFALYTE	123	erlotinib hcl	17
dry eye relief drops	89	ENGERIX-B	27	ERRIN	58
dss	76	enoxaparin sodium	82	ertapenem sodium	40
duloxetine hcl	112	ENPRESSE-28	58	ery	159
DUPIXENT	23	ENSKYCE	58	ERY-TAB	45
dutasteride	82	ENSTILAR	163	ERYTHROCIN LACTOBIONATE	45
dutasteride-tamsulosin hcl	82	entacapone	106		

ERYTHROCIN STEARATE	45	felodipine er	50	FLOVENT HFA	98
erythromycin	45, 87, 159	FEMYNOR	58	fluconazole	39
erythromycin base	45	fenofibrate	48	fluconazole in sodium chloride	39
erythromycin ethylsuccinate	45	fenofibrate micronized	48	flucytosine	39
erythromycin lactobionate	45	fentanyl	30	fludrocortisone acetate	68
ESBRIET	96	fentanyl citrate	31	flunisolide	98
escitalopram oxalate	112	FERAHEME	84	fluocinolone acetonide	91, 163
esomeprazole magnesium	75	FERATE	84	fluocinolone acetonide body	163
ESSENTIA	138	FERGON	84	fluocinolone acetonide scalp	163
essential balance	138	FERIVA 21/7	84	fluocinonide	163
ESTARYLLA	58	FERIVAFYA	84	fluocinonide emulsified base	163
ESTER-C	138	ferocon	84	fluorometholone	88
estradiol	67	FEROSUL	84	fluorouracil	21, 165
estradiol valerate	67	FERRALET 90	84	fluoxetine hcl	112
estradiol-norethindrone acet	67	ferretts	84	fluphenazine decanoate	114
ESTROVEN MENOPAUSE SUPPLEMENT	138	FERREX 150	84	fluphenazine hcl	114
eszopiclone	117	ferric x-150	84	flurbiprofen	29
ethambutol hcl	38	FERRLECIT	84	flurbiprofen sodium	88
ethosuximide	108	ferrous fumarate	84	fluticasone propionate	98, 163
ethynodiol diac-eth estradiol	58	ferrous gluconate	84	fluvoxamine maleate	107
etodolac	29	ferrous sulfate	84	folate	138
etodolac er	29	fesoterodine fumarate er	80	folbee	138
etonogestrel-ethynodiol estradiol	58	FETZIMA	112	folbee plus	138
etoposide	22	FETZIMA TITRATION	112	FOLBIC	139
etravirine	36	FEVERALL ADULTS	33	folic acid	139
EUCERIN CALMING DAILY MOIST	165	FEVERALL CHILDRENS	33	FOLIFLEX	139
EUCERIN INTENSIVE REPAIR HAND	165	FEVERALL INFANTS	33	folika-mg	139
EUCERIN PLUS	165	FEVERALL JUNIOR STRENGTH ..	33	FOLITAB 500	84
EUCERIN SKIN CALMING	165	fexofenadine hcl	93	folite	139
EULEXIN	15	FIASP	62	FOLITIN-Z	139
EUTHYROX	55	FIASP FLEXTOUCH	62	FOLIVANE-F	84
EVAC-U-GEN	76	FIASP PENFILL	62	FOLIVANE-PLUS	84
everolimus	17, 26	fiber	76	FOLIXAPURE	139
EVOTAZ	38	fiber laxative	76	folplex 2.2	139
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE	62	fiber laxative + calcium	76	FOLTABS 800	139
exemestane	15	fiber-lax	76	FOLTANX	139
EXKIVITY	17	finasteride	82	FOLTRATE	139
eye health + lutein	138	FINTEPLA	109	FOLTREXYL	139
eye multivitamin/lutein	138	first aid antibiotic	159	fondaparinux sodium	82
eye multivitamin/sodium	138	first aid antiseptic	165	FORTAVIT	139
eyeprotect	138	FLAC	91	FORTEO	69
ezetimibe	49	FLAREX	88	fosamprenavir calcium	37
ezetimibe-simvastatin	49	FLEBOGAMMA DIF	25	FOSFREE	139
fabb	138	flecainide acetate	48	fosinopril sodium	53
FABRAZYME	66	FLEET ENEMA	76	fosinopril sodium-hctz	51
FALMINA	58	FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA	138	FOTIVDA	17
famciclovir	42	FLINTSTONES COMPLETE	138	FREAMINE III	129
famotidine	69	FLINTSTONES GUMMIES	138	freedavite	139
famotidine (pf)	69	FLINTSTONES GUMMIES BONE	138	fruit c 500	139
famotidine premixed	70	BUILD	138	fruity c	139
FANAPT	114	FLINTSTONES GUMMIES	138	fruity chews	139
FANAPT TITRATION PACK	114	COMPLETE	138	full spectrum bl/vitamin c	139
FARXIGA	64	FLINTSTONES GUMMIES PLUS ..	138	fulvestrant	15
FASENRA	97	FLINTSTONES PLUS CALCIUM ..	138	FUNGOID TINCTURE	161
FASENRA PEN	97	FLINTSTONES SOUR GUMMIES ..	138	furosemide	52
felbamate	108	FLINTSTONES W/IRON	138	FUSION	84
		FLINTSTONES/MY FIRST	138	FUSION PLUS	84
		FLORIVA PLUS	138	FUZEON	37
		FLOVENT DISKUS	98	FYAVOLV	68
				FYCOMPA	109

<i>gabapentin</i>	109	<i>glipizide xl</i>	64	<i>gnp cough dm er</i>	100
<i>galantamine hydrobromide</i>	111	<i>glipizide-metformin hcl</i>	64	<i>gnp cough gels</i>	100
<i>galantamine hydrobromide er</i>	111	<i>global alcohol prep ease</i>	62	<i>gnp d 1000</i>	139
<i>GAMASTAN</i>	25	<i>GLUCO BURST</i>	56	<i>gnp diabetic support formula</i>	139
<i>GAMMAGARD</i>	25	<i>glucoten</i>	139	<i>gnp ear drops</i>	167
<i>GAMMAGARD S/D LESS IGA</i>	25	<i>GLUTOSE 5</i>	56	<i>gnp earwax removal drops</i>	167
<i>GAMMAKED</i>	25	<i>glycerin (adult)</i>	77	<i>gnp earwax removal kit</i>	167
<i>GAMMAPLEX</i>	25	<i>glycerin (infants & children)</i>	77	<i>gnp electrolyte solution</i>	123
<i>GAMUNEX-C</i>	25	<i>glycerin adult</i>	77	<i>gnp epsom salt</i>	77
<i>ganciclovir sodium</i>	42	<i>glycerin childrens</i>	77	<i>gnp essential one daily</i>	139
<i>GARDASIL 9</i>	27	<i>GLYCOLAX</i>	77	<i>gnp fiber-caps</i>	77
<i>gas relief</i>	73	<i>glycopyrrolate</i>	73	<i>gnp folic acid</i>	140
<i>gas relief drops infants</i>	73	<i>GLYDO</i>	159	<i>gnp gas relief</i>	74
<i>gas relief extra strength</i>	73	<i>GLYXAMBI</i>	64	<i>gnp gas relief extra strength</i>	74
<i>gas relief infants</i>	73	<i>gnp 8 hour arthritis relief</i>	33	<i>gnp gentle laxative</i>	77
<i>gas relief ultra strength</i>	73	<i>gnp 8 hour pain relief</i>	33	<i>gnp glycerin (adult)</i>	77
<i>GAS-X EXTRA STRENGTH</i>	73	<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	33	<i>gnp glycerin child</i>	77
<i>GAS-X ULTRA STRENGTH</i>	73	<i>gnp acetaminophen</i>	33	<i>gnp hair/skin/nails</i>	140
<i>gatifloxacin</i>	88	<i>gnp acetaminophen ex st</i>	33	<i>gnp healthy eyes</i>	140
<i>GATTEX</i>	73	<i>gnp all day allergy</i>	93	<i>gnp healthy eyes supervision</i>	140
<i>gavilax</i>	76	<i>gnp all day allergy childrens</i>	93	<i>gnp ibuprofen childrens</i>	29
<i>GAVILYTE-C</i>	76	<i>gnp all day allergy-d</i>	100	<i>gnp ibuprofen infants</i>	29
<i>GAVILYTE-G</i>	76	<i>gnp allergy</i>	93	<i>gnp infant gas relief</i>	74
<i>GAVRETO</i>	17	<i>gnp allergy & congestion</i>	100	<i>gnp infants pain/fever</i>	33
<i>gemcitabine hcl</i>	21, 22	<i>gnp allergy childrens</i>	93	<i>gnp iron</i>	84
<i>gemfibrozil</i>	48	<i>gnp allergy relief</i>	93	<i>gnp k-pec</i>	71
<i>GEMTESA</i>	80	<i>gnp allergy relief 24 hr</i>	93	<i>gnp laxative</i>	77
<i>genadek step 1</i>	139	<i>gnp allergy relief max st</i>	93	<i>gnp lice treatment</i>	163
<i>genadek step 2</i>	139	<i>gnp allergy/congestion relief</i>	100	<i>gnp lidocaine pain relief</i>	165
<i>generlac</i>	76	<i>gnp antacid & anti-gas</i>	70	<i>gnp little ones childrens</i>	140
<i>GENGRAF</i>	26	<i>gnp antacid regular strength</i>	70	<i>gnp loratadine</i>	93
<i>GENOTROPIN</i>	66	<i>gnp antibacterial urinary pain</i>	40	<i>gnp loratadine childrens</i>	93
<i>GENOTROPIN MINIQUICK</i>	66	<i>gnp anti-diarrheal</i>	71	<i>gnp lubricating plus eye drops</i>	89
<i>GENTAK</i>	88	<i>gnp anti-gas</i>	73	<i>gnp mega multi for men</i>	140
<i>gentamicin in saline</i>	40	<i>gnp anti-itch</i>	165	<i>gnp mega multi for women</i>	140
<i>gentamicin sulfate</i>	40, 88, 159	<i>gnp antiseptic skin cleanser</i>	165	<i>gnp melatonin</i>	121
<i>GENTEAL SEVERE</i>	89	<i>gnp arthritis pain relief</i>	33	<i>gnp melatonin maximum strength</i>	121
<i>GENTEAL TEARS</i>	89	<i>gnp artificial tears</i>	89	<i>gnp miconazole 3</i>	81
<i>GENTEAL TEARS MODERATE PF</i>	89	<i>gnp aspirin</i>	33	<i>gnp miconazole 7</i>	81
<i>GENTEAL TEARS PF</i>	89	<i>gnp aspirin low dose</i>	33	<i>gnp miconazorb af</i>	161
<i>GENTEAL TEARS SEVERE</i>		<i>gnp athletes foot</i>	161	<i>gnp milk of magnesia</i>	77
<i>DAY/NIGHT</i>	89	<i>gnp bacitracin zinc</i>	159	<i>gnp mucus er</i>	100
<i>gentle laxative</i>	77	<i>gnp biotin</i>	139	<i>gnp mucus relief</i>	100
<i>gentlelax</i>	77	<i>gnp calamine</i>	165	<i>gnp nasal decongestant</i>	100
<i>GENVOYA</i>	38	<i>gnp calcium</i>	126	<i>gnp nasal decongestant pe</i>	100
<i>GERBER GROW MIGHTY</i>	139	<i>gnp calcium 500 +d3</i>	126	<i>gnp nasal four spray</i>	100
<i>geri-dryl</i>	93	<i>gnp calcium citrate +d3</i>	126	<i>gnp nasal spray</i>	100
<i>geri-kot</i>	77	<i>gnp capsaicin</i>	165	<i>gnp nasal spray extra moist</i>	100
<i>geri-lanta</i>	70	<i>gnp century</i>	139	<i>gnp nasal spray fast acting</i>	100
<i>geri-lanta maximum strength</i>	70	<i>gnp century adults 50+ senior</i>	139	<i>gnp natural fiber</i>	77
<i>geri-mox</i>	70	<i>gnp century cardio health</i>	139	<i>gnp nicotine</i>	118
<i>geri-pectate</i>	71	<i>gnp century mature</i>	139	<i>gnp nicotine mini</i>	118
<i>gerivite complete</i>	139	<i>gnp century ultimate mens</i>	139	<i>gnp nicotine polacrilex</i>	118
<i>GILENYA</i>	106	<i>gnp century ultimate womens</i>	139	<i>gnp no drip nasal spray</i>	100
<i>GILOTRIF</i>	17	<i>gnp childrens allergy</i>	93	<i>gnp nose drops extra strength</i>	100
<i>glatiramer acetate</i>	106	<i>gnp childrens complete</i>	139	<i>gnp one daily maximum</i>	140
<i>GLATOPA</i>	107	<i>gnp childrens ibuprofen</i>	29	<i>gnp one daily mens health 50+</i>	140
<i>glimepiride</i>	64	<i>GNP CLEARLAX</i>	77	<i>gnp one daily mens/lycopene</i>	140
<i>glipizide</i>	64	<i>gnp clotrimazole 3</i>	81	<i>gnp one daily plus iron</i>	140
<i>glipizide er</i>	64	<i>gnp co q10</i>	121	<i>gnp one daily womens</i>	140

gnp one daily womens 50+.....	140	goodsense cough dm childrens.....	100	hematinic/folic acid.....	84
gnp pain & fever childrens.....	33	goodsense epsom salt.....	77	HEMATOGEN.....	85
gnp pain & fever infants.....	33	goodsense ibuprofen childrens.....	29	HEMATOGEN FA.....	84
gnp pain relief.....	33	goodsense ibuprofen infants.....	29	HEMATOGEN FORTE.....	85
gnp pain relief extra strength.....	33	goodsense lubricating eye drop.....	89	HEMOCYTE PLUS.....	85
gnp pain relief nighttime.....	119	goodsense mucus er maximum str 101		HEMOCYTE-F.....	85
gnp pediatric electrolyte.....	123	goodsense nicotine.....	119	heparin (porcine) in nacl.....	82
gnp petroleum jelly.....	54	goodsense pain & fever child.....	34	heparin sod (porcine) in d5w.....	82
gnp pink bismuth.....	71, 72	goodsense pain & fever infants.....	34	heparin sodium (porcine).....	82
gnp prenatal.....	140	goodsense pain relief.....	34	HERCEPTIN.....	17
gnp pseudoephedrine hcl 12 hr.....	100	goodsense pain relief extra st.....	34	HERCEPTIN HYLECTA.....	17
gnp senna lax.....	77	goodsense senna laxative.....	77	HERZUMA.....	17
gnp senna plus.....	77	goodsense stimulant laxative.....	78	HETLIOZ.....	117
gnp stomach relief.....	72	goodsense stomach relief.....	72	HIBERIX.....	27
gnp stool softener.....	77	goodsense tussin cf.....	101	high pot multivitamin/beta-car.....	141
gnp stool softener ex st.....	77	goodsense ultra lubricant drop.....	89	high potency multivit/fa.....	141
gnp stool softener/laxative.....	77	granisetron hcl.....	72	high potency multivitamin.....	141
gnp suphedrin.....	100	grape flavor.....	54	HISTEX-AC.....	101
gnp terbinafine hydrochloride.....	161	griseofulvin microsize.....	39	hm acetaminophen childrens.....	34
gnp therapeutic-m.....	140	griseofulvin ultramicrosize.....	39	hm adult aspirin.....	34
gnp tolnaftate.....	161	guaiatussin ac.....	101	hm advanced antacid max st.....	70
gnp triple antibiotic.....	159	guaifenesin.....	101	hm all day allergy.....	93
gnp triple antibiotic plus.....	159	guaifenesin ac.....	101	hm all day allergy childrens.....	93
gnp tussin cf cough & cold.....	100	guaifenesin-codeine.....	101	hm allergy & congestion.....	101
gnp tussin cough long acting.....	100	guaifenesin-dm.....	101	hm allergy complete-d.....	101
gnp tussin dm.....	100	guanfacine hcl.....	52	hm allergy relief.....	94
gnp tussin dm cough.....	100	guanfacine hcl er.....	116	hm allergy relief (cetirizine).....	93
gnp tussin mucus & chest cong.....	100	GUMMI BEAR.....		hm allergy relief childrens.....	94
gnp vitamin a.....	140	MULTIVITAMIN/MIN.....	140	hm allergy relief/nasal decong.....	101
gnp vitamin b-1.....	140	GVOKE HYOPEN 2-PACK.....	56	hm animal shapes.....	141
gnp vitamin b-12.....	140	GVOKE KIT.....	56	hm antacid.....	71
gnp vitamin b-6.....	140	GVOKE PFS.....	56	hm antacid anti-gas ex st.....	70
gnp vitamin c.....	140	H2Q.....	121	hm anti-diarrheal.....	72
gnp vitamin c drops.....	140	HAEGARDA.....	83	hm antioxidant vitamins.....	141
gnp vitamin c w/rose hips.....	140	HAILEY 1.5/30.....	58	hm antiseptic skin cleanser.....	165
gnp vitamin c/rose hips.....	140	HAILEY 24 FE.....	58	hm arthritis pain relief.....	34
gnp vitamin d.....	140	hair formula extra strength.....	140	hm aspirin.....	34
gnp vitamin d maximum strength...140		hair skin & nails advanced.....	141	hm aspirin ec.....	34
gnp vitamin d super strength.....	140	hair skin nails.....	141	hm aspirin ec low dose.....	34
gnp vitamin d3 extra strength.....	140	hair/skin/nails.....	141	hm bacitracin zinc.....	159
gnp vitamin d-400.....	140	hair/skin/nails/biotin.....	141	hm biotin.....	141
gnp vitamin e.....	140	HALLS DEFENSE VITAMIN C.....		hm calamine.....	165
gnp womens gentle laxative.....	77	DROPS.....	141	hm calcium citrate+d3 petite.....	126
gnp zinc oxide.....	165	halobetasol propionate.....	163	hm calcium citrate+vitamin d.....	126
GOLD BOND ULTIMATE		haloperidol.....	114	hm calcium-vitamin d.....	126
HEALING.....	165	haloperidol decanoate.....	114	hm cetirizine hcl.....	94
GOLYTELY.....	77	haloperidol lactate.....	114	HM CLEARLAX.....	78
GONAK.....	89	HARVONI.....	42	hm complete.....	141
goodsense all day allergy.....	93	HAVRIX.....	27	hm complete 50+.....	141
goodsense aller-ease.....	93	healthy eyes.....	141	hm complete 50+ mens ultimate....141	
goodsense allergy relief.....	93	healthy eyes supervision 2.....	141	hm complete 50+ women ultimate..141	
goodsense antacid & gas relief.....	70	healthy eyes/lutein.....	141	hm complete men.....	141
goodsense arthritis pain.....	34	healthy eyes/lutein-zeaxanthin.....	141	hm complete women.....	141
goodsense artificial tears.....	89	healthy hair/skin/nails.....	141	hm coq10.....	121
goodsense aspirin.....	34	healthy kids gummies.....	141	hm cough dm.....	101
goodsense aspirin adults.....	34	HEALTHY MAMA SHAKE THAT.....		hm dry eye relief.....	89
goodsense aspirin low dose.....	34	ACHE.....	34	hm enema.....	78
goodsense bisacodyl laxative.....	77	HEALTHYLAX.....	78	hm fexofenadine hcl.....	94
GOODSENSE CLEARLAX.....	77	HEATHER.....	58	hm folic acid.....	141
goodsense cough dm.....	100	h-e-b oral electrolyte.....	123	hm gas relief.....	74

hm gas relief extra strength	74	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS		immune support	142
hm gas relief infants drops	74	START	24	IMMUNERX	142
hm gentle laxative	78	HUMIRA PEN	24	IMOVAZ RABIES	27
hm hair/skin/nails	141	HUMIRA PEN-CD/UC/HS		INCASSIA	58
hm ibuprofen childrens	29	STARTER	24	INCRELEX	66
hm ibuprofen infants	29	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC		INCRUSE ELLIPTA	91
hm laxative	78	START	24	indapamide	52
hm lice killing max st	163	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS		INFANRIX	27
hm lice treatment	163	START	24	INFANTS ADVIL	29
hm lidocaine patch	165	HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT		infants gas relief	74
hm loratadine	94	STARTER	24	infants ibuprofen	30
hm loratadine childrens	94	HUMULIN R U-500		infants simethicone	74
hm lubricating plus	89	(CONCENTRATED)	62	INFED	85
hm lubricating tears	89	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	62	infliximab	24
hm mens 50+ advanced one daily	141	HYCODAN	101	INFUVITE ADULT	142
hm milk of magnesia	78	hydralazine hcl	52, 53	INFUVITE PEDIATRIC	142
hm mucus relief	101	HYDRALYTE	123	INGREZZA	116
hm mucus relief max st	101	HYDRASYN25	165	INJECTAFER	85
hm nasal decongestant	101	hydrochlorothiazide	52	INLYTA	17, 18
hm nasal decongestant 12 hour	101	hydrocod polst-cpm polst er	101	INQOVI	22
hm nasal decongestant pe	101	hydrocodone bitartrate er	30	INREBIC	18
hm nasal spray	101	hydrocodone bit-homatrop mbr	101	INTEGRA	85
hm niacin	141	hydrocodone-acetaminophen	31	INTEGRA F	85
hm niacin tr	141	hydrocodone-ibuprofen	31	INTEGRA PLUS	85
hm nicotine	119	hydrocortisone	68, 75, 163	INTELENCE	37
hm nicotine polacrilex	119	hydrocortisone (perianal)	165	INTRALIPID	129
hm nose drops	101	hydromet	101	INTRON A	26
hm one daily mens	141	hydromorphone hcl	31	INTROVALE	58
hm one daily womens	141	hydrous emulsified base	54	INVEGA SUSTENNA	114
hm pain & fever childrens	34	hydroxocobalamin acetate	142	IPOL	27
hm pain & fever infants	34	hydroxychloroquine sulfate	25	ipratropium bromide	91
hm pain relief	34	hydroxyurea	22	ipratropium-albuterol	96
hm pain relief extra strength	34	hydroxyzine hcl	94	irbesartan	47
hm pain relieve child dye-free	34	hydroxyzine pamoate	94	irbesartan-hydrochlorothiazide	51
hm pain reliever	34	hylazinc	142	IRESSA	18
hm pain reliever childrens	34	HYSINGLA ER	30	irinotecan hcl	22
hm pain reliever infants	34	ibandronate sodium	69	iron	85
hm pediatric electrolyte	123	IBRANCE	17	iron 27	85
hm petroleum jelly	54	IBU	29	iron chews pediatric	85
hm povidone-iodine	165	ibuprofen	29	iron high-potency	85
hm senna	78	ibuprofen childrens	29	iron supplement	85
hm sinus nasal spray	101	ibuprofen infants	29	IS-D 10,000	142
hm stomach relief	72	ibuprofen junior strength	29	ISENTRESS	37
hm stool softener	78	ICAPS	142	ISENTRESS HD	37
hm stool softener/laxative	78	ICAPS AREDS FORMULA	142	ISIBLOOM	58
hm super vitamin b complex/c	141	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3	142	ISOLYTE-P IN D5W	121
hm triple antibiotic	159	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN ...	142	ISOLYTE-S	121
hm triple antibiotic max st	160	ICAPS MV	142	ISOLYTE-S PH 7.4	121
hm tussin adult	101	ICAR	85	isoniazid	38
hm tussin adult dm	101	icatibant acetate	83	ISOPTO ATROPINE	89
hm tussin adult multi-symptom	101	ICLEVIA	58	ISOPTO TEARS	89
hm vitamin b-12	141	ICLUSIG	17	isosorbide dinitrate	53
hm vitamin b6	141	IDHIFA	17	isosorbide mononitrate	53
hm vitamin c	141	IFEREX 150	85	isosorbide mononitrate er	53
hm vitamin c/rose hips	141	ILEVRO	88	isotretinoin	159
hm vitamin d	141	imatinib mesylate	17	isradipine	50
hm vitamin d3	142	IMBRUVICA	17	itch relief extra strength	166
hm vitamin e	142	imipenem-cilastatin	40	itraconazole	39
hm womens 50+ advanced daily...	142	imipramine hcl	112	ivermectin	40
HUMIRA	24	imiquimod	166	i-vite	142

<i>i-vite protect</i>	142	<i>kp adults 50+ daily formula</i>	142	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)....	18
IXIARO	27	<i>kp adults daily formula</i>	142	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)....	18
JAKAFI	18	<i>kp b complex-c</i>	142	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)....	18
JANTOVEN	82	<i>kp bisacodyl</i>	78	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)....	18
JANUMET	64	<i>kp calcium 600+d</i>	126	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)....	18
JANUMET XR	64	<i>kp calcium citrate+d</i>	126	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)....	18
JANUVIA	64	<i>kp calcium-magnesium-zinc</i>	126	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)....	18
JARDIANCE	64	<i>kp ferrous gluconate</i>	85	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)....	18
JASMIEL	58	<i>kp ferrous sulfate</i>	85	LESSINA.....	59
JENTADUETO	64	<i>kp folic acid</i>	142	<i>letrozole</i>	15
JENTADUETO XR	64	<i>kp melatonin</i>	121	<i>leucovorin calcium</i>	21
JINTELI	68	<i>kp mens 50+ daily formula</i>	142	LEUKERAN.....	15
JOLESSA	58	<i>kp mens daily formula</i>	142	<i>leuprolide acetate</i>	15
JULEBER	58	<i>kp niacin</i>	142	<i>levalbuterol hcl</i>	95
JULUCA	38	<i>kp prenatal multivitamins</i>	142	<i>levalbuterol tartrate</i>	95
JUNEL 1.5/30	58	<i>kp pseudoephedrine hcl</i>	102	LEVEMIR.....	62
JUNEL 1/20	58	<i>kp senna</i>	78	LEVEMIR FLEXTOUCH.....	62
JUNEL FE 1.5/30	58	KP VISION FORMULA.....	142	<i>levetiracetam</i>	109
JUNEL FE 1/20	58	KP VISION FORMULA/LUTEIN.....	142	<i>levetiracetam er</i>	109
JUNEL FE 24	58	<i>kp vitamin b-12</i>	142	<i>levetiracetam in nacl</i>	109
just 4 kidz multivit/probiotic	142	<i>kp vitamin b-6</i>	142	<i>levobunolol hcl</i>	87
JUST D	142	<i>kp vitamin d</i>	142	<i>levocarnitine</i>	66
KACDYLA	18	<i>kp vitamin d3</i>	142	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	94
KAITLIB FE	58	<i>kp womens 50+ daily formula</i>	142	<i>levofloxacin</i>	45
KALYDECO	97	<i>kp womens daily formula</i>	142	<i>levofloxacin in d5w</i>	45
KANJINTI	18	K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL		LEVONEST.....	59
KARIVA	59	ST	143	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	59
kcl in dextrose-nacl	121	KURVELO	59	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	59
KELNOR 1/35	59	KYNMOBI	106	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	59
KELNOR 1/50	59	<i>labetalol hcl</i>	49	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	59
KERADAN	166	<i>lacosamide</i>	109	LEVORA 0.15/30 (28).....	59
KERENDIA	47	<i>lactated ringers</i>	121	LEVO-T.....	55
KERR TRIPLE DYE SWABS	166	LACTINOL HX	166	<i>levothyroxine sodium</i>	55
KESIMPTA	107	<i>lactulose</i>	78	LEVOXYL.....	55
ketoconazole	39, 161, 162	<i>lactulose encephalopathy</i>	78	LEXIVA.....	37
KETO-DIASTIX	66	LAMISIL AT	161	<i>lice killing</i>	163
ketorolac tromethamine	88	<i>lamivudine</i>	37, 42	<i>lice killing maximum strength</i>	163
KEVZARA	24	<i>lamivudine-zidovudine</i>	38	<i>lice treatment creme rinse</i>	163
KEYTRUDA	18	<i>lamotrigine</i>	109	<i>lidocaine</i>	159
KINDERLYTE	123	<i>lamotrigine er</i>	109	<i>lidocaine hcl</i>	36, 159
KINDERLYTE PREMAX	123	<i>lansoprazole</i>	75	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	36
KINRIX	27	LANTUS	62	<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	159
KISQALI (200 MG DOSE)	18	LANTUS SOLOSTAR	62	<i>lidocaine pain relief</i>	166
KISQALI (400 MG DOSE)	18	<i>lapatinib ditosylate</i>	18	<i>lidocaine pain relieving</i>	166
KISQALI (600 MG DOSE)	18	LARIN 1.5/30	59	<i>lidocaine viscous hcl</i>	158
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	22	LARIN 1/20	59	<i>lidocaine-prilocaine</i>	159
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	22	LARIN 24 FE	59	LILLOW.....	59
KLOR-CON	122	LARIN FE 1.5/30	59	<i>linezolid</i>	40, 41
KLOR-CON 10	122	LARIN FE 1/20	59	<i>linezolid in sodium chloride</i>	40
KLOR-CON M10	122	LARISSIA	59	LINZESS.....	74
KLOR-CON M15	122	<i>latanoprost</i>	87	<i>liothyronine sodium</i>	55
KLOR-CON M20	122	LATUDA	114	<i>liquid acetaminophen</i>	34
KLS ALLERCLEAR D-24HR	102	<i>laxacin</i>	78	<i>liquid allergy relief</i>	94
KLS ALLER-TEC D	102	<i>laxative</i>	78	<i>liquid pain relief</i>	34
kobee	142	<i>laxative max str.</i>	78	<i>lisinopril</i>	53
konsyl daily fiber	78	LAYOLIS FE	59	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	51
KORLYM	66	<i>leader finger cream</i>	166	<i>lithium carbonate</i>	117
		LEENA	59	<i>lithium carbonate er</i>	117
		<i>leflunomide</i>	25	<i>l-methylfolate calcium</i>	143
		<i>lenalidomide</i>	23	<i>l-methylfolate-b6-b12</i>	143

<i>I-methyl-mc</i>	143	<i>magnesium oxide</i>	71, 126	<i>metformin hcl</i>	64, 65
<i>I-methyl-mc nac</i>	143	<i>magnesium sulfate</i>	121, 122	<i>metformin hcl er</i>	64
LOESTRIN 1.5/30 (21)	59	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	121	<i>methadone hcl</i>	30
LOESTRIN 1/20 (21)	59	<i>MAGNESIUM-OXIDE</i>	126	METHADONE HCL INTENSOL	30
LOESTRIN FE 1.5/30	59	<i>MAGOX 400</i>	126	<i>methazolamide</i>	52
LOESTRIN FE 1/20	59	<i>malathion</i>	164	<i>methenamine hippurate</i>	41
<i>lohist-dm</i>	102	<i>manganese chloride</i>	126	<i>methimazole</i>	55
LOKELMA	56	<i>mapap</i>	34, 35	<i>methocarbamol</i>	107
LOMAIRA	119	<i>mapap arthritis pain</i>	34	<i>methotrexate sodium</i>	22, 25
LONSURF	22	MAPAP CHILDRENS	34	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	22
<i>loperamide hcl</i>	72, 74	<i>maraviroc</i>	37	<i>methylphenidate hcl</i>	116
<i>lopinavir-ritonavir</i>	39	MAR-COF CG EXPECTORANT	102	<i>methylphenidate hcl er</i>	116
<i>loradamed</i>	94	<i>marlissa</i>	59	<i>methylprednisolone</i>	68
<i>loratadine</i>	94	MARPLAN	112	<i>methylprednisolone acetate</i>	68
<i>loratadine childrens</i>	94	MATULANE	22	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	68
<i>loratadine-d 12hr</i>	102	MAVYRET	42	<i>metoclopramide hcl</i>	72
<i>loratadine-d 24hr</i>	102	MAXIMUM D3	143	<i>metolazone</i>	52
<i>lorazepam</i>	107	<i>maximum daily green</i>	143	<i>metoprolol succinate er</i>	49
LORAZEPAM INTENSOL	107	<i>maxi-tuss ac</i>	102	<i>metoprolol tartrate</i>	49
LORBRENA	18	<i>maxi-tuss cd</i>	102	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	51
LORYNA	59	<i>maxi-tuss g</i>	102	<i>metronidazole</i>	41, 81, 166
<i>losartan potassium</i>	47	<i>maxi-tuss gmx</i>	102	<i>metyrosine</i>	53
<i>losartan potassium-hctz</i>	51	<i>m-clear wc</i>	102	<i>mgo</i>	126
LOTEMAX	88	<i>m-dryl</i>	94	<i>micafungin sodium</i>	39
<i>lovastatin</i>	48	<i>meclizine hcl</i>	72	<i>miconazole 3 combo pack app</i>	81
LOW-OGESTREL	59	<i>medi-first triple antibiotic</i>	160	<i>miconazole 3 combo-supp</i>	81
<i>loxapine succinate</i>	114	MEDPURA ZINC OXIDE	166	<i>miconazole 7</i>	81
<i>lubricant eye drops</i>	89	<i>medroxyprogesterone acetate</i>		<i>miconazole antifungal</i>	161
<i>lubricant eye drops (pf)</i>	89		59, 60, 69	<i>miconazole nitrate</i>	81, 161
<i>lubricant eye drops pf</i>	89	<i>mefloquine hcl</i>	42	MICOTRIN AC	161
<i>lubricating eye drops</i>	89	MEGA MULTI MEN	143	MICOTRIN AP	161
<i>lubricating plus eye drops</i>	89	<i>mega vm-80</i>	143	<i>microderm base</i>	54
<i>lubricating tears eye drops</i>	90	<i>megavite fruits & veggies</i>	143	MICROGESTIN 1.5/30	60
LUMAKRAS	18	<i>megavite golden years 55+</i>	143	MICROGESTIN 1/20	60
LUMIGAN	87	<i>megestrol acetate</i>	16, 69	MICROGESTIN 24 FE	60
LUMIZYME	66	MEKINIST	18	MICROGESTIN FE 1.5/30	60
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	15	MEKTOVI	18	MICROGESTIN FE 1/20	60
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	15	<i>melatonin</i>	54, 121	MICROSOME BASE	54
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	66	<i>melatonin maximum strength</i>	121	<i>midodrine hcl</i>	53
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	66	<i>meloxicam</i>	30	<i> miglustat</i>	66
LUTERA	59	<i>memantine hcl</i>	111	MILI	60
LYLEQ	59	<i>memantine hcl er</i>	111	<i>milk of magnesia</i>	78
LYLLANA	68	MENACTRA	27	MILLTRIUM SENIOR	143
LYNPARZA	18	MENQUADFI	27	MIMVEY	68
LYSIPLEX PLUS	143	<i>mens 50+ advanced</i>	143	<i>minocycline hcl</i>	47
LYSODREN	15	<i>mens daily formula lycopene</i>	143	<i>minoxidil</i>	53
LYZA	59	<i>mens multi vitamin & mineral</i>	143	MINTOX	71
MACULAR HEALTH FORMULA	143	<i>mens multivitamin</i>	143	<i>mintox maximum strength</i>	71
MACUVITE	143	MENVEO	27	MINTOX PLUS	71
MACUVITE EYE CARE	143	MEPHYTON	143	MIRALAX	78
MACUVITE/LUTEIN	143	<i>mercaptopurine</i>	22	<i>mirtazapine</i>	112
MAG64	126	MERIBIN	143	<i>misoprostol</i>	74
<i>mag-al plus</i>	71	<i>meropenem</i>	41	MITIGARE	36
<i>mag-al plus xs</i>	71	<i>mesalamine</i>	75	M-M-R II	27
MAGDELAY	126	<i>mesalamine er</i>	75	<i>m-natal plus</i>	122
<i>magdelay</i>	126	<i>mesalamine-cleanser</i>	75	<i>moexipril hcl</i>	53
<i>mag-g</i>	126	MESNEX	21	<i>moisturizing cream</i>	166
MAGNEBIND 300	126	METADATE ER	116	<i>molindone hcl</i>	114
MAGNEBIND 400	126	METAFOLBIC	143	<i>mometasone furoate</i>	163
<i>magnesium gluconate</i>	126	METAFOLBIC PLUS	143		

MONISTAT 3 COMBINATION	
PACK	81
MONISTAT 3 COMBO PACK APP	81
MONISTAT 7 SIMPLY CURE	81
MONJUVI	18
MONOFERRIC	85
MONO-LINYAH	60
montelukast sodium	98
morphine sulfate	31
morphine sulfate (concentrate)	31
morphine sulfate (pf)	31
morphine sulfate er	30
MOVANTIK	74
moxifloxacin hcl	45, 88
m-pap	35
MTX SUPPORT	143
MUCINEX	102
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE	102
MUCINEX DM	102
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS	102
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH	102
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL	102
MUCINEX SINUS-MAX SINUS/ALLRGY	102
mucus & chest congestion	102
mucus relief	102
mucus relief dm	102
mucus relief er	102
mucus relief max st	102
MULTAQ	48
multi + omega-3 adult gummies	143
multi adult gummies	143
multi compleotel/iron	143
multi for her	143
multi for her 50+	143
MULTI FOR HIM	143
multi for him 50+	143
multi vitamin	143
multi vitamin daily	143
multi vitamin w/d-3	144
multi vitamin/minerals	144
MULTI-BETIC DIABETES	144
multi-day	144
multi-day plus iron	144
multi-day plus minerals	144
MULTIGEN	85
MULTIGEN PLUS	85
multilex	144
multilex-t	144
multiple vit/minerals/no iron	144
multiple vitamin	144
multiple vitamins	144
multiple vitamins/iron	144
multipro	144
multi-vit/iron/fluoride	144
multivitamin	144
multi-vitamin	144
multivitamin & mineral	144
multivitamin adult	144
multivitamin adult (minerals)	144
multivitamin adult extra c	144
multivitamin adults	144
multivitamin adults 50+	144
multivitamin childrens (wl fa)	144
multi-vitamin daily	144
multi-vitamin gummies	144
multivitamin gummies adult	144
multivitamin gummies mens	144
multivitamin gummies womens	144
multivitamin men	144
multivitamin men 50+	144
multi-vitamin monocaps	144
multivitamin women	144
multivitamin women 50+	144
multivitamin womens 50+ adv	144
multivitamin/extra vitamin d3	144
multivitamin/fluoride	145
multi-vitamin/iron	145
multi-vitamin/minerals	145
multivitamin/zinc stress	145
multivitamin-minerals	145
multi-vitamins	145
multivitamins plus iron child	145
multivitamins/minerals adult	145
multi-vite	145
multivit-min gummies childrens	145
mupirocin	160
MURINE EAR	167
MURO 128	90
MVASI	19
MVW COMPLETE FORMULATION	145
D3000	145
MVW COMPLETE FORMULATION	145
D5000	145
MVW COMPLETE FORMULATION	145
MINIS	145
myamulti	145
mycophenolate mofetil	26
mycophenolate sodium	26
MYCOZYL AC	161
MYCOZYL AP	161
myferon 150	85
MYLANTA MAXIMUM STRENGTH	.71
MYLICON INFANTS GAS RELIEF	.74
mynephrocaps	145
MYNEPHRON	145
MYORISAN	159
MYRBETRIQ	80
my-vitalife	145
na ferric gluc cplx in sucrose	.85
na sulfate-k sulfate-mg sulf	.78
nabumetone	.30
nadolol	.49
nafcillin sodium	.46
NAGLAZYME	.66
nalbuphine hcl	31
naloxone hcl	119
naltrexone hcl	119
NAMZARIC	111
NAPHCON-A	86
naproxen	30
naproxen sodium	30
naratriptan hcl	117
nasal decongestant	102
nasal decongestant max st	102
nasal decongestant pe	103
nasal decongestant pe max st	103
nasal decongestant spray	103
nasal four	103
nasal relief	103
nasal spray 12 hour	103
nasal spray extra moisturizing	103
nasal spray no drip	103
NASCOBAL	145
NATACYN	88
nateglinide	65
NATPARA	69
natural c/rose hips	145
natural fiber laxative	78
natural senna laxative	78
natural vitamin d-3	145
NAYZILAM	109
nebivolol hcl	49
NECON 0.5/35 (28)	60
nefazodone hcl	112
neomycin sulfate	41
neomycin-bacitracin zn-polymyx	88
neomycin-polymyxin-dexameth	87
neovite	145
NEPHPLEX RX	145
NEPHRON FA	85
NEPHRO-VITE	145
NEPHRO-VITE RX	145
NERLYNX	19
neti pot sinus wash	97
NEUPRO	106
NEUTROGENA HAND	166
nevirapine	37
nevirapine er	37
NEXAVAR	19
niacin	146
niacin er	145
niacin er (antihyperlipidemic)	49
niacinamide	146
nicardipine hcl	50
NICODERM CQ	119
NICOMIDE	146
NICORETTE	119
NICORETTE MINI	119
NICORETTE STARTER KIT	119
nicotinamide	146
nicotine	119
nicotine mini	119

<i>nicotine polacrilex</i>	119	NOVOLIN N FLEXPEN	63	<i>once daily/iron</i>	146
<i>nicotine polacrilex mini</i>	119	NOVOLIN R	63	ONCOVITE	146
<i>nicotine step 1</i>	119	NOVOLIN R FLEXPEN	63	<i>ondansetron</i>	73
<i>nicotine step 2</i>	119	NOVOLOG	63	<i>ondansetron hcl</i>	72, 73
<i>nicotine step 3</i>	119	NOVOLOG FLEXPEN	63	ONE A DAY MENS VITACRAVES	146
NICOTROL	119	NOVOLOG MIX 70/30	63	<i>one daily adults 50+</i>	146
NICOTROL NS	119	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	63	<i>one daily calcium/iron</i>	146
<i>nifedipine er</i>	50	NOVOLOG PENFILL	63	<i>one daily complete</i>	146
<i>nifedipine er osmotic release</i>	50	NOXAFILE	39	ONE DAILY ESSENTIAL	146
NIFEREX	85	NUBEQA	16	<i>one daily for men 50+ advanced</i>	146
NIKKI	60	NUEDEXTA	117	<i>one daily for men/lycopene</i>	146
<i>nilutamide</i>	16	NUFERA	85	<i>one daily for women</i>	146
<i>nimodipine</i>	50	NU-IRON	85	<i>one daily for women 50+ adv</i>	146
NINJACOF-XG	103	NULOJIX	26	<i>one daily healthy weight adv</i>	146
NINLARO	19	NU-MAG	127	<i>one daily maximum</i>	146
<i>nitazoxanide</i>	41	NUPLAZID	114	<i>one daily mens 50+ multivit</i>	146
<i>nitisinone</i>	66	NURTEC	117	<i>one daily mens health</i>	146
NITRO-BID	54	NUTRADERM	166	<i>one daily multivitamin adult</i>	146
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	41	NUTRILIPID	129	<i>one daily multivitamin/iron</i>	147
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	41	NUZYRA	47	<i>one daily womens 50 plus</i>	147
<i>nitroglycerin</i>	54	NYAMYC	161	<i>one daily womens 50+</i>	147
NIVA-FOL	146	NYLIA 1/35	60	<i>one daily/minerals</i>	147
NIVEA	166	NYLIA 7/7/7	60	ONE-A-DAY ENERGY	147
NIVEA SOFT	166	NYMALIZE	50	ONE-A-DAY ESSENTIAL	147
NIX CREME RINSE	164	NYMYO	60	ONE-A-DAY FOR HER	
<i>nizatidine</i>	70	<i>nystatin</i>	39, 158, 161	VITACRAVES	147
<i>no drip nasal spray</i>	103	NYSTOP	161	ONE-A-DAY FOR HIM	
<i>no iron mult vitamin-minerals</i>	146	OCELLA	60	VITACRAVES	147
<i>nohist-dm</i>	103	OCTAGAM	25	ONE-A-DAY JOLLY RANCHER	147
<i>non-aspirin</i>	35	<i>octreotide acetate</i>	66, 67	ONE-A-DAY MENOPAUSE	
<i>non-aspirin extra strength</i>	35	<i>ocular vitamins</i>	146	FORMULA	147
NORA-BE	60	<i>ocutabs</i>	146	ONE-A-DAY MENS	147
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	60	<i>ocutabs-lutein</i>	146	ONE-A-DAY MENS (MINERALS)	147
<i>norethindrone</i>	60	OCUVITE ADULT 50+	146	ONE-A-DAY MENS 50+	
<i>norethindrone acetate</i>	69	OCUVITE ADULT FORMULA	146	ADVANTAGE	147
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	60	OCUVITE EXTRA	146	ONE-A-DAY MENS HEALTH	
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	68	OCUVITE EYE + MULTI	146	FORMULA	147
<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	60	OCUVITE EYE HEATLH		ONE-A-DAY MENS VITACRAVES	147
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	60	GUMMIES	146	ONE-A-DAY PROACTIVE 65+	147
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	60	OCUVITE-LUTEIN	146	ONE-A-DAY SCOOBY-DOO	
NORLYROC	60	ODEFSEY	39	GUMMIES	147
NORPACE CR	48	ODOMZO	19	ONE-A-DAY TEEN	
NORTEMP	35	OFEV	97	ADVANTAGE/HER	147
<i>nortemp infants</i>	35	ofloxacin	88, 91	ONE-A-DAY TEEN	
NORTREL 0.5/35 (28)	60	OGIVRI	19	ADVANTAGE/HIM	147
NORTREL 1/35 (21)	60	olanzapine	114, 115	ONE-A-DAY VITACRAVES	147
NORTREL 1/35 (28)	60	olmesartan medoxomil	47	ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT	
NORTREL 7/7/7	60	olmesartan medoxomil-hctz	51		147
<i>nortriptyline hcl</i>	112	olmesartan-amlodipine-hctz	51	ONE-A-DAY VITACRAVES	
NORVIR	37	olopatadine hcl	86	IMMUNITY	147
<i>norwegian cod liver oil</i>	146	omeprazole	75	ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR	147
NOVAFERRUM	85	omnicap	146	ONE-A-DAY	
NOVAFERRUM 50	85	OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5)	63	VITACRAVES+OMEGA-3	147
NOVAFERRUM PED MULTI VIT- IRON	146	OMNIPOD 5 G6 POD (GEN 5)	63	ONE-A-DAY WEIGHT SMART	
NOVAFERRUM PEDIATRIC		OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3)	63	ADVANCE	147
DROPS	85	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN		ONE-A-DAY WOMENS	148
NOVOLIN 70/30	62	3)	63	ONE-A-DAY WOMENS 50 PLUS	147
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	62	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4)	.. 63	ONE-A-DAY WOMENS 50+	
NOVOLIN N	63	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	.. 63	ADVANTAGE	148
		<i>once daily</i>	146		

ONE-A-DAY WOMENS HEALTHY SKIN	148	<i>oyster shell calcium/d3</i>	127	PENTRAVAN PLUS	166
ONE-A-DAY WOMENS MIND & BODY	148	<i>oyster shell calcium/vit d3</i>	127	PERIDIN-C	148
ONE-A-DAY WOMENS PETITES	148	<i>oyster shell calcium/vitamin d</i>	127	perindopril erbumine	53
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES	148	OYSTERCAL	127	PERIOGARD	158
<i>one-daily multi caps</i>	148	OYSTERCAL-D	127	PERIOMED	158
<i>one-daily multi vitamins</i>	148	OZEMPIK (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	65	permethrin	164
<i>one-daily multi-vit/mineral</i>	148	OZEMPIK (1 MG/DOSE)	65	perphenazine	115
<i>one-daily multi-vitamin</i>	148	OZEMPIK (2 MG/DOSE)	65	PERSERIS	115
<i>one-daily multi-vitamin/iron</i>	148	PACERONE	48	petrolatum	54
<i>one-daily/iron</i>	148	paclitaxel	23	PFCB	54
ONELAX	78	<i>paclitaxel protein-bound part</i>	23	PFIZERPEN	47
ONTRUZANT	19	<i>pain & fever childrens</i>	35	pharbechlor	94
ONUREG	22	<i>pain & fever infants</i>	35	pharbedryl	94
OPCON-A	86	<i>pain relief extra strength</i>	35	PHARBETOL	35
OPSUMIT	53	<i>pain relief regular strength</i>	35	PHARBETOL EXTRA STRENGTH	35
optic-vites	148	<i>paliperidone er</i>	115	PHARMABASE ANTIOXIDANT	54
OPTIFAST POST BARIATRIC	148	<i>pamidronate disodium</i>	69	PHARMABASE COSMETIC	54
OPTIMAL D3	148	<i>pan-c 500/bioflavonoids</i>	148	PHARMABASE COSMETIC NATURAL	54
<i>optimum pms</i>	148	PANRETIN	166	PHARMABASE LIGHT	54
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG	148	<i>pantoprazole sodium</i>	75	PHARMABASE VAGINAL	54
OPTIVITE P.M.T.	148	PANZYGA	25	pharmacist choice d-vitamin	148
OPURITY BYPASS OPTIMIZED	148	PARAPLATIN	15	PHAZYME MAXIMUM STRENGTH	74
<i>oral electrolytes</i>	123	<i>paricalcitol</i>	56	<i>phendimetrazine tartrate</i>	119
<i>oral suspend</i>	54	<i>paromomycin sulfate</i>	41	<i>phendimetrazine tartrate er</i>	119
ORALYTE	123	<i>paroxetine hcl</i>	113	<i>phenelzine sulfate</i>	113
ORALYTE FREEZER POPS	123	<i>parvlex</i>	148	<i>phenobarbital</i>	109
ORA-PLUS	54	PASER	38	<i>phenobarbital sodium</i>	109
ORASEP	158	<i>pc pediatric poly-vita/fe drop</i>	148	<i>phentermine hcl</i>	119, 120
ORGOVYX	16	PCCA BASE 7542	54	<i>phenylephrine hcl</i>	103
ORKAMBI	97	PCCA EMOLlient CREAM BASE	54	PHENYTEK	109
OS-CAL	127	<i>ped electrolyte freeze pops</i>	123	<i>phenytoin</i>	109
OS-CAL CALCIUM + D3	127	<i>ped electrolyte freezer pops</i>	123	<i>phenytoin sodium</i>	109
OS-CAL EXTRA D3	127	PEDIA VANCE	123	<i>phenytoin sodium extended</i>	109
<i>oseltamivir phosphate</i>	42, 43	PEDIA-LAX	78	PHESGO	19
OTEZLA	24	PEDIALYTE	123	PHILITH	60
<i>oxacillin sodium</i>	46	PEDIALYTE ADVANCED CARE	123	PHYTOBASE	54
<i>oxaliplatin</i>	15	PEDIALYTE FREEZER POPS	123	PHYTOMULTI	148
<i>oxandrolone</i>	56, 57	PEDIALYTE SINGLES	123	<i>phytonadione</i>	148
<i>oxcarbazepine</i>	109	PEDIARIX	27	PICODERM	54
<i>oxybutynin chloride</i>	80	<i>pediatric electrolyte</i>	123	PIFELTRO	37
<i>oxybutynin chloride er</i>	80	<i>pediatric electrolyte-zinc</i>	123	<i>pilocarpine hcl</i>	87, 158
<i>oxycodone hcl</i>	31	PEDVAX HIB	28	<i>pimozide</i>	115
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	31	peg 3350	78	PIMTREA	60
OXYCONTIN	30	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	78	<i>pin-away</i>	41
OYSCO 500	127	peg-3350/electrolytes	78	<i>pindolol</i>	49
OYSCO 500+D	127	PEGASYS	43	<i>pinworm medicine</i>	41
<i>oyster calcium</i>	127	PEMAZYRE	19	<i>pioglitazone hcl</i>	65
<i>oyster shell calcium</i>	127	pemetrexed disodium	22	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	47
<i>oyster shell calcium + d</i>	127	penicillamine	56	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	19
<i>oyster shell calcium + d3</i>	127	penicillin g pot in dextrose	46	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	19
<i>oyster shell calcium 250+d</i>	127	penicillin g potassium	46	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	19
<i>oyster shell calcium 500 + d</i>	127	penicillin g procaine	46	<i>pirfenidone</i>	97
<i>oyster shell calcium 500+d</i>	127	penicillin g sodium	46	PIRMELLA 1/35	60
<i>oyster shell calcium plus d</i>	127	penicillin v potassium	46, 47	<i>piroxicam</i>	30
<i>oyster shell calcium w/d</i>	127	PEN-KERA	166	<i>plain niacin</i>	148
<i>oyster shell calcium/d</i>	127	PENTACEL	28	PLASMA-LYTE 148	122
		<i>pentamidine isethionate</i>	41	PLASMA-LYTE A	122
		<i>pentoxifylline er</i>	83	PLENAMINE	129
		PENTRAVAN	166	PLENVU	78

pna-hrt base	54	PRO-CAL	149	px b complex/vitamin c	149
podofilox	166	PROCALAMINE	129	px calamine	166
poly vitamin	148	PROCERV HP	149	px calcium	127
polyethylene glycol 3350	54, 78	prochlorperazine	73	px childrens allergy	94
POLY-IRON 150	85	prochlorperazine edisylate	73	px childrens pain relief	35
polymyxin b-trimethoprim	88	prochlorperazine maleate	73	px childrens profen ib	30
polysaccharide iron complex	85	PROCIT	83	PX CHILDRENS VITAMIN	149
polysaccharide-iron complex	85	PROCTO-MED HC	166	px complete senior multivits	149
poly-tussin ac	103	PROCTO-PAK	166	px docusate sodium	79
polyvinyl alcohol	90	PROCTOSOL HC	166	px fiber	79
poly-vital/iron	148	PROCTOZONE-HC	166	px folic acid	149
polyvitamin/iron	148	profola	149	px gas relief extra strength	74
POMALYST	23	PROGRAF	26	px gas relief infants	74
PORTIA-28	61	PROLASTIN-C	97	px gas relief ultra strength	74
posaconazole	39	PROLENSA	88	px ibuprofen junior strength	30
potassium chloride	122, 123	PROLIA	69	px infants profen ib	30
potassium chloride crys er	122	PROMACTA	83	px laxative	79
potassium chloride er	122	promethazine hcl	73	px mens multivitamins	149
potassium chloride in dextrose	122	promethazine vc/codeine	103	px miconazole 3-day combo	81
potassium chloride in nacl	122	promethazine-codeine	103	px milk of magnesia	79
potassium citrate er	82	promethazine-dm	103	px nasal decongestant	103
povidone-iodine	166	promethazine-phenyleph-codeine ..	103	px pain relief extra strength	35
PRALUENT	49	propafenone hcl	48	px stomach relief	72
pramipexole dihydrochloride	106	propafenone hcl er	48	px stop smoking aid	120
prasugrel hcl	86	paracetamol hcl	90	px triple	160
pravastatin sodium	48	propanolol hcl	49	px vitamin c	149
praziquantel	41	propanolol hcl er	49	px vitamin e	149
prazosin hcl	47	propylthiouracil	55	pyrazinamide	38
prednisolone	68	PROQUAD	28	pyridostigmine bromide	117
prednisolone acetate	88	PRORENAL + D	149	pyridoxine hcl	149
prednisolone sodium phosphate	68, 88	PRORENAL + D W/ OMEGA-3	149	qc acetaminophen 8 hours	35
prednisone	68	PROSIGHT	149	qc all day allergy	94
PREDNISONE INTENSOL	68	PROSOL	129	qc allergy childrens	94
preferred plus insulin syringe	63	PROTECT CARDIO AF	149	qc allergy relief	94
pregabalin	110	PROTECT PLUS SO	149	qc antacid	71
prehevbrio	28	PROTEGRA	149	qc antacid/anti-gas	71
PREMASOL	129	protriptyline hcl	113	qc anti-diarrheal	72
prenatal	123, 149	pseudoeph-bromphen-dm	103	qc anti-gas	74
prenatal 19	148	pseudoephedrine hcl	103	qc anti-itch extra strength	166
prenatal one daily	148	pseudoephedrine hcl er	103	qc arthritis pain relief	35
prenatal vitamin	149	psyllium fiber	78	qc artificial tears	90
prenatal vitamin and mineral	149	PULMICORT FLEXHALER	98	qc aspirin	35
prenatal vitamin plus low iron	123	PULMOZYME	97	qc aspirin low dose	35
prenatal vitamins	149	pure c 500	149	qc bacitracin	160
prenatal/iron	149	pure calcium carbonate	127	qc calamine	166
PRESERVISION AREDS	149	purevit dualfe plus	85	qc calcium fast dissolution	127
PRESERVISION AREDS 2	149	PUREWAY-C	149	qc cetirizine allergy relief	94
PRESERVISION/LUTEIN	149	PURIXAN	22	qc childrens allergy	94
PRETTY FEET/HANDS	166	px advanced formula multivits	149	qc childrens complete	149
PREVALITE	49	px allergy	94	qc childrens ibuprofen	30
prevent	149	px allergy relief cetirizine	94	qc chlor-pheniramine	95
PREVYMIS	43	px allergy relief d	103	qc complete allergy medicine	95
PREZCOBIX	39	px allergy relief d (loratadid)	103	qc daily multivit/mineral	149
PREZISTA	37	px allergy relief loratadine	94	qc daily multivitamins/iron	149
PRIFTIN	38	px antacid maximum strength	71	qc diarrhea relief	72
primaquine phosphate	42	px antacid regular strength	71	qc enema	79
primidone	110	px arthritis pain relief	35	qc enteric aspirin	35
PRIORIX	28	px artificial tears	90	qc epsom salt	79
PRIVIGEN	26	px aspirin	35	qc ferrous sulfate	86
probenecid	36	px athletic foot	161	qc fexofenadine hydrochloride	95

qc fiber laxative	79	ra calcium plus vitamin d	128	REHYDRALYTE	124
qc gas relief extra strength	74	RA CENTRAL-VITE	150	rejuvacare plus	55
qc gentle laxative	79	ra central-vite womens mature	150	RELENZA DISKHALER	43
qc loratadine allergy relief	95	ra coenzyme q-10	121	RELI-ON INSULIN SYRINGE	63
qc loratadine-d	103	ra folic acid	150	RELISTOR	74
qc melatonin max st	121	RA HI CAL	128	REMEDY ANTIFUNGAL	161
qc mens daily multivitamin	150	ra iron	86	REMEDY PHYTOPLEX	
qc miconazole 7	81	ra natural magnesium	128	ANTIFUNGAL	161
qc milk of magnesia	79	ra niacin	150	REMICADE	24
qc mucus relief	103	ra no flush niacin	150	RENAL	151
qc mucus relief childrens	103	ra one daily energy formula	150	RENAL MULTIVITAMIN	
qc mucus relief er	103	ra one daily essential	150	FORMULA	151
qc mucus relief max st	103	ra one daily maximum	150	renal vitamin	151
qc multi-vite	150	ra one daily mens 50+ w/vit d3	150	renal-vite	151
qc multi-vite 50 & over	150	ra one daily mens/vit d-3	150	RENAPLEX	151
qc natural vegetable	79	ra one daily womens	150	RENAPLEX-D	151
qc natura-lax	79	ra ped electrolyte freezer pop	123	rena-vite	151
qc nicotine transdermal system	120	ra pediatric electrolyte	124	rena-vite rx	151
qc non-aspirin childrens	35	ra vitamin a	150	RENFLEXIS	24
qc non-aspirin extra strength	35	ra vitamin b-1	150	reno caps	151
qc pain relief	35	ra vitamin b12	150	repaglinide	65
qc pain relief childrens	35	ra vitamin b-12	150	REQ 49+	151
qc pain relief extra strength	35	ra vitamin b-12 tr	150	RESTASIS	90
qc pink bismuth	72	ra vitamin b-6	150	RESTASIS MULTIDOSE	90
qc povidone iodine	166	ra vitamin c	150	RESTORA RX	72
qc prenatal	150	ra vitamin c cr	150	RETEVMO	19
qc stool softener	79	ra vitamin c/rose hips	150	REVLIMID	23
qc stool softener pls laxative	79	ra vitamin d-3	150	REXULTI	115
qc suphedrine maximum strength ..	104	ra vitamins complete childrens	151	REYATAZ	37
qc therin-m	150	ra zinc	128	REZUROCK	26
qc tolnaftate	161	RABAVERT	28	RHOPRESSA	87
qc triple antibiotic max st	160	rabeprazole sodium	75	ribavirin	43
qc tussin cf	104	RADIANCE PLATINUM VITAMIN		RID LICE KILLING SHAMPOO	164
qc tussin dm cough/congestion	104	D3	151	rifabutin	38
qc tussin mucus/congestion	104	raloxifene hcl	67	rifampin	38
qc womens daily multivitamin	150	ramipril	53	riluzole	117
q-derm	55	ranolazine er	53	rimantadine hcl	43
Q-GEL FORTE	121	rasagiline mesylate	106	RINVOQ	24
Q-GEL MEGA	121	RAYALDEE	56	RISABAL-PH	166
QINLOCK	19	RECLIPSEN	61	RISAMINE	166
Q-SORB CO Q-10	121	RECOMBIVAX HB	28	risedronate sodium	69
QSYMIA	120	RECTIV	166	risperidone	115
QUADRACEL	28	reeses pinworm medicine	41	ritonavir	37
quetiapine fumarate	115	REFRESH	90	rivastigmine	111
quetiapine fumarate er	115	REFRESH CELLUVISC	90	rivastigmine tartrate	111
quin b strong	150	REFRESH DIGITAL	90	RIVELSA	61
quinapril hcl	53	REFRESH DIGITAL PF	90	rizatriptan benzoate	117
quinapril-hydrochlorothiazide	51	REFRESH LIQUIGEL	90	robafen cf multi-symptom cold	104
quinidine sulfate	48	REFRESH OPTIVE	90	ROBAFEN DM CGH/CHEST	
quinine sulfate	42	REFRESH OPTIVE ADVANCED	90	CONGEST	104
quintabs	150	REFRESH OPTIVE ADVANCED PF	90	ROBAFEN DM COUGH	104
quintabs-m	150	REFRESH OPTIVE MEGA-3	90	ROBAFEN MUCUS/CHEST	
ra balanced b-100	150	REFRESH OPTIVE PF	90	CONGESTION	104
ra balanced b-50	150	REFRESH PLUS	90	ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH	104
ra b-complex	150	REFRESH RELIEVA	90	ropinirole hcl	106
ra b-complex with b-12	150	REFRESH RELIEVA PF	90	ROSADAN	166
ra calcium 600	127	REFRESH TEARS	90	rosuvastatin calcium	48
ra calcium 600/vitamin d-3	127	REGRANEX	159	ROTARIX	28
ra calcium cit plus vit d-3	127	REGULOID	79	ROTATEQ	28
ra calcium cit-vit d-3 petites	127			ROWEEPRA	110

ROZLYTREK	19	simethicone	74	sm calcium citrate+vit d3	128
RUBRACA	19	simethicone drops infants	74	sm calcium citrate+d3 petite	128
rufinamide	110	simethicone ultra strength	74	sm calcium citrate+vit d3 max	128
RUKOBIA	37	SIMLIYA	61	sm calcium/vitamin d	128
RYBELSUS	65	SIMPESSE	61	sm calcium-vitamin d	128
RYDAPT	19	simvastatin	48	sm chewable vitamin c	151
rynex pse	104	sinus 12 hour	104	sm childrens ibuprofen	30
SAJAZIR	83	sinus congestion max strength	104	sm childrens loratadine	95
SALTSTABLE LO	55	sinus nasal spray	104	SM CLEARLAX	79
SANDIMMUNE	26	sinus relief extra strength	104	sm clotrimazole vaginal	81
SANTYL	159	sirolimus	26	sm co q-10	121
sapropterin dihydrochloride	67	SIRTURO	38	sm coenzyme q-10	121
SAVISION	151	SIVEXTRO	41	sm complete	151
sb calcium + d	128	SKYRIZI	24, 25	sm complete 50+	151
sb lice killing max st	164	SKYRIZI PEN	24	sm complete 50+ ultimate mens	151
sb oyster shell calcium	128	SLOW FE	86	sm complete 50+ ultimate women	151
sb vitamin c	151	slow iron	86	sm complete advanced formula	151
scar care	55	slow release iron	86	sm complete senior formula	151
SCEMBLIX	19	SLOW-MAG	128	sm cough dm	104
scopolamine	73	sm 3-day vaginal	81	sm cough dm childrens	104
SECUADO	115	sm 8 hour pain relief	35	sm dry eye relief	90
selegiline hcl	106	sm all day allergy	95	sm ear drops	167
selenious acid	129	sm all day allergy childrens	95	sm enema	80
selenium sulfide	162	sm all day allergy-d	104	sm epsom salt	80
SELZENTRY	37	sm allergy 4 hour	95	sm fexofenadine hcl	95
senexon	79	sm allergy childrens	95	sm fiber	80
SENEXON-S	79	sm allergy relief	95	sm folic acid	151
senior tabs	151	sm animal shapes complete	151	sm gas relief	74
senna	79	sm animal shapes kids first	151	sm gas relief antiflatuent	74
senna laxative	79	sm antacid	71	sm gas relief extra strength	74
senna plus	79	sm antacid advanced	71	sm gas relief infants	74
senna s	79	sm antacid advanced max st	71	sm gentle laxative	80
senna-lax	79	sm antacid maximum strength	71	sm hair/skin/nails	151
senna-plus	79	sm antacid/antigas	71	sm ibuprofen ib	30
senna-s	79	sm antibiotic	160	sm ibuprofen ib childrens	30
senna-tabs	79	sm anti-diarrheal	72	sm infants ibuprofen	30
senna-time	79	sm antifungal clotrimazole	161	sm iron	86
senna-time s	79	sm antifungal miconazole	161	sm iron slow release	86
sennosides-docusate sodium	79	sm antifungal tolnaftate	161	sm lice killing max strength	164
SENOKOT	79	sm anti-itch extra strength	167	sm lice treatment	164
SENOKOT S	79	sm antioxidant vitamins	151	sm loratadine	95
sentry	151	sm antiseptic skin cleanser	167	sm loratadine allergy relief	95
sentry senior	151	sm arthritis pain relief	35	sm lorata-dine d	104
SEREVENT DISKUS	95	sm arthritis pain reliever	35	sm loratadine d 12hr	104
sertraline hcl	113	sm aspirin	36	sm lubricant eye drops	90
se-tan plus	86	sm aspirin adult low strength	35	sm lubricating plus	90
SETLAKIN	61	sm aspirin ec	35	sm lubricating tears	90
sevelamer carbonate	55	sm aspirin low dose	36	sm miconazole 3	81
SHAROBEL	61	sm athletes foot	161	sm miconazole 3 applicator	81
SHINGRIX	28	sm b super vitamin complex	151	sm miconazole 7	81
SIDEROL	151	sm b100 complex	151	sm milk of magnesia	80
SIGNIFOR	67	sm b-complex	151	sm mucus relief	104
silace	79	sm b-complex/vitamin c	151	sm mucus relief max strength	104
siladryl allergy	95	sm benzoin tincture	167	sm multiple vitamins essential	151
sildenafil citrate	53	sm biotin	151	sm multiple vitamins/iron	152
siltussin dm das	104	sm calamine	167	sm nasal decongestant	104
siltussin sa	104	sm calamine phenolated	167	sm nasal decongestant max st	104
siltussin-dm alcohol free	104	sm calcium 500/vitamin d3	128	sm nasal decongestant pe	105
silver sulfadiazine	160	sm calcium 600/vitamin d	128	sm nasal spray	105
SIMBRINZA	87	sm calcium citrate w/vit d3	128	sm nasal spray 12 hour	105

<i>sm nasal spray moisturizing</i>	105	SOOTHE & COOL INZO	
<i>sm nasal spray sinus</i>	105	ANTIFUNGAL	161
<i>sm niacin cr</i>	152	<i>sorafenib tosylate</i>	19
<i>sm nicotine</i>	120	SORBOLENE	167
<i>sm nicotine polacrilex</i>	120	SORINE	48
<i>sm nose drops nasal decongest</i>	105	<i>sotalol hcl</i>	48
<i>sm one daily mens</i>	152	<i>sotalol hcl (af)</i>	48
<i>sm one daily womens</i>	152	span c	152
<i>sm opti-vitamins</i>	152	SPECTRAVITE	152
<i>sm oyster shell calcium/vit d</i>	128	spironolactone	47
<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i>	128	spironolactone-hctz	52
<i>sm pain & fever childrens</i>	36	SPRINTEC 28	61
<i>sm pain & fever infants</i>	36	SPRITAM	110
<i>sm pain relief</i>	36	SPRYCEL	19
<i>sm pain reliever</i>	36	SPS	56
<i>sm pain reliever childrens</i>	36	SRONYX	61
<i>sm pain reliever ex st</i>	36	SSD	160
<i>sm pediatric electrolyte</i>	124	stavudine	37
<i>sm povidone-iodine</i>	167	sterile water for irrigation	159
<i>sm senna laxative</i>	80	stimulant laxative	80
<i>sm senna-s</i>	80	STIVARGA	19
<i>sm slow release iron</i>	86	stomach relief	72
<i>sm stomach relief</i>	72	stool softener	80
<i>sm stool softener</i>	80	stool softener laxative	80
<i>sm stool softener/laxative</i>	80	stool softener plus laxative	80
<i>sm super b complex/c</i>	152	stool softener/laxative	80
<i>sm triple antibiotic</i>	160	streptomycin sulfate	41
<i>sm triple antibiotic max st</i>	160	stress formula	152
<i>sm triple antibiotic original</i>	160	stress formula (folic acid)	152
<i>sm tussin cf</i>	105	stress formula/iron	152
<i>sm tussin cough/chest congest</i>	105	STRESSTABS ADVANCED	152
<i>sm tussin dm</i>	105	STRESSTABS ENERGY	152
<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	105	STRIBILD	39
<i>sm vit c/rose hips</i>	152	STROVITE FORTE	152
<i>sm vitamin b complex/vitamin c</i>	152	STROVITE ONE	152
<i>sm vitamin b1</i>	152	STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN	167
<i>sm vitamin b-12</i>	152	SUBVENITE	110
<i>sm vitamin b12 tr</i>	152	sucralfate	74
<i>sm vitamin b6</i>	152	SUDOGEST	105
<i>sm vitamin b-6</i>	152	<i>sudogest 12 hour</i>	105
<i>sm vitamin c</i>	152	SUDOGEST MAXIMUM	
<i>sm vitamin c cr</i>	152	STRENGTH	105
<i>sm vitamin c/rose hips</i>	152	sulfacetamide sodium	88
<i>sm vitamin d</i>	152	sulfacetamide sodium (acne)	159
<i>sm vitamin d3</i>	152	sulfacetamide-prednisolone	87
<i>sm vitamin e</i>	152	sulfadiazine	41
<i>sm zinc gluconate</i>	128	sulfamethoxazole-trimethoprim	41
<i>sodium bicarbonate</i>	71	SULFAMYLYON	160
<i>sodium chloride</i>	105, 122, 159	<i>sulfasalazine</i>	75
<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	90	sulindac	30
<i>sodium fluoride</i>	123	sumatriptan	117
<i>sodium phenylbutyrate</i>	67	sumatriptan succinate	117, 118
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	56	sumatriptan succinate refill	117, 118
<i>solifenacin succinate</i>	81	sunitinib malate	19
<i>SOLIQUA</i>	63	SUNVITE ADVANCED	152
<i>solo</i>	152	super antioxidant	152
<i>SOLTAMOX</i>	16	super aytinal	152
<i>SOLU-CORTEF</i>	69	super aytinal 50 plus	152
<i>SOMATULINE DEPOT</i>	67	super b complex maxi	152
<i>SOMAVERT</i>	67	super b complex/fal/vit c	153
		<i>super b complex/vitamin c</i>	153
		<i>super b-complex + vitamin c</i>	153
		<i>super b-complex/vit c/fa</i>	153
		<i>super biotin</i>	153
		<i>super calcium</i>	128
		<i>super calcium 600 + d 400</i>	128
		<i>super calcium 600 + d3</i>	128
		<i>super multiple</i>	153
		SUPER NU-THERA	153
		SUPER QINTS B-50	153
		<i>super thera vite m</i>	153
		<i>super vita-mins</i>	153
		<i>superplex-t</i>	153
		<i>suphedrine 12hour</i>	105
		<i>support</i>	153
		SUPPORT-500	153
		SUPREP BOWEL PREP KIT	80
		<i>sv vitamin b-12 er</i>	153
		SYEDA	61
		SYMBICORT	96
		SYMDEKO	97
		SYMJEPI	97
		SYMPAZAN	110
		SYMTUZA	39
		SYNAREL	67
		SYNERCID	41
		SYNJARDY	65
		SYNJARDY XR	65
		SYNRIBO	22
		SYNTROID	56
		SYRSPEND SF	55
		SYSTANE	91
		SYSTANE BALANCE	91
		SYSTANE COMPLETE	91
		SYSTANE HYDRATION PF	91
		SYSTANE ICAPS AREDS2	153
		SYSTANE OVERNIGHT	
		THERAPY	91
		SYSTANE PRESERVATIVE FREE	91
		SYSTANE ULTRA	91
		SYSTANE ULTRA PF	91
		TAB-A-VITE	153
		TAB-A-VITE/BETA CAROTENE	153
		<i>tab-a-vite/iron</i>	153
		TABLOID	22
		TABRECTA	19
		<i>tacrolimus</i>	26, 167
		TAFINLAR	19
		TAGRISSO	19
		TALTZ	25
		TALZENNA	20
		<i>tamoxifen citrate</i>	16
		<i>tamsulosin hcl</i>	82
		TARINA 24 FE	61
		TARINA FE 1/20 EQ	61
		TASIGNA	20
		<i>tazarotene</i>	162
		TAZICEF	44

TAZORAC	162	THERAGRAN-M PREMIER 50	
TAZTIA XT	50	PLUS	153
TAZVERIK	20	thera-m	153
TDVAX	28	THERAMIL FORTE	154
TECENTRIQ	20	therapeutic formula/hematinics	154
TEFLARO	44	therapeutic moisturizing	167
telmisartan	47	therapeutic multivit/mineral	154
telmisartan-amloclidine	51	therapeutic-m	154
telmisartan-hctz	51	therapeutic-m/lutein	154
temazepam	117	thera-tabs	154
TENIVAC	28	thera-tabs m	154
tenofovir disoproxil fumarate	37	THERATEARS	91
TEPMETKO	20	THERATRUM COMPLETE	154
terazosin hcl	47	THERATRUM COMPLETE 50	
terbinafine hcl	39, 161	PLUS	154
terbutaline sulfate	95	theravim-m	154
terconazole	81	THEREMS	154
teriparatide (recombinant)	69	THEREMS-H	154
testosterone	57	THEREMS-M	154
testosterone cypionate	57	thiamine hcl	154
testosterone enanthate	57	thiamine mononitrate	154
tetrabenazine	117	thioridazine hcl	115
tetracycline hcl	47	thiothixene	115
tgt acetaminophen childrens	36	thrivate 19	154
tgt acetaminophen ex st	36	TIADYLT ER	50
tgt allergy relief	95	tiagabine hcl	110
tgt antifungal	161	TIBSOVO	20
tgt antifungal spray powder	162	TICOVAC	28
tgt childrens acetaminophen	36	tigecycline	47
tgt childrens ibuprofen	30	TILIA FE	61
tgt fiber therapy	80	timolol maleate	49, 87
tgt gas relief extra strength	74	TING	162
tgt gentle laxative	80	TIVICAY	37
tgt ibuprofen childrens	30	TIVICAY PD	37
tgt lubricant eye drops	91	tizanidine hcl	107
tgt miconazole 7	81	TOBRADEX	87
tgt nicotine polacrilex	120	TOBRADEX ST	87
tgt nicotine step one	120	tobramycin	41, 88
tgt nicotine step three	120	tobramycin sulfate	41
tgt nicotine step two	120	tobramycin-dexamethasone	87
TGT POWDERLAX	80	tolnaftate	162
tgt psyllium fiber	80	tolnaftate antifungal	162
tgt stomach relief	72	tolterodine tartrate	81
THALOMID	23	tolterodine tartrate er	81
THE MAGIC BULLET	80	topiramate	110
THEO-24	97	TOPOSAR	23
theophylline	97	toremifene citrate	16
theophylline er	97	torsemide	52
THERA	153	total allergy	95
THERA M PLUS	153	total b/c	154
thera vital m	153	TOUJEO MAX SOLOSTAR	63
therabasic-m	153	TOUJEO SOLOSTAR	63
THERA-D 2000	153	TPN ELECTROLYTES	122
THERA-D RAPID REPLETION	153	TRADJENTA	65
THERAGRAN-M	153	TRALEMENT	129
THERAGRAN-M ADVANCED	153	tramadol hcl	32
THERAGRAN-M ADVANCED 50		tramadol-acetaminophen	32
PLUS	153	trandolapril	53
THERAGRAN-M PREMIER	153	tranexamic acid	83
		tranylcypromine sulfate	113
TRAVASOL			129
TRAZIMERA			20
trazodone hcl			113
TRECATOR			38
TRELEGY ELLIPTA			96
treprostinil			53
TRESIBA			63
TRESIBA FLEXTOUCH			63
tretinoin			22, 159
triamcinolone acetonide			158, 163
triamterene-hctz			52
tri-buffered aspirin			36
TRICARE			123
TRICON			86
trientine hcl			56
TRI-ESTARYLLA			61
TRIFERIC			86
trifluoperazine hcl			115
trifluridine			88
trigels-f forte			86
trihexyphenidyl hcl			106
TRIJARDY XR			65
TRIKAFTA			97
TRI-LEGEST FE			61
TRI-LINYAH			61
TRI-LO-ESTARYLLA			61
TRI-LO-MARZIA			61
TRI-LO-MILI			61
TRI-LO-SPRINTEC			61
trimethoprim			41
TRI-MILI			61
trimipramine maleate			113
TRINTELLIX			113
TRI-NYMYO			61
triphracaps			154
triple antibiotic			160
triple antibiotic plus			160
triple antibiotic+pain relief			160
TRI-SPRINTEC			61
TRIUMEQ			39
TRIUMEQ PD			39
TRIVORA (28)			61
TRI-VYLIBRA			61
TRI-VYLIBRA LO			61
TRIZIVIR			39
TROGARZO			37
TROPHAMINE			129
tropical liquid nutrition			154
trospium chloride			81
TRULICITY			65
TRUMENBA			28
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE)			20
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE)			20
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE)			20
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE)			20
TRUXIMA			20
TUKYSA			20
TURALIO			20

TUSNEL C	105	VENCLEXTA STARTING PACK	20	vitamin b complex	155
tusnel diabetic	105	VENEXA	154	vitamin b-1	155
TUSNEL-EX	105	VENEXA FE	154	vitamin b12	155
tussin cf	105	venlafaxine hcl	113	vitamin b-12	155
tussin cf multi-symptom cold	105	venlafaxine hcl er	113	vitamin b-12 er	155
tussin cough	105	VENOFER	86	vitamin b12 tr	155
tussin dm	105	VENTAVIS	53	vitamin b12-folic acid	155
tussin dm cough + chest	105	VENTOLIN HFA	95, 96	vitamin b6	155
tussin mucus & chest congest	105	VENTRIXYL	154	vitamin b-6	155
tussin mucus+chest congestion	105	VENTRIXYL FE	154	vitamin b-complex	155
tussin multi-symptom cold cf	105	verapamil hcl	50	vitamin c	155, 156
TWINRIX	28	verapamil hcl er	50	vitamin c drops	155
TYBOST	38	VERQUVO	53	vitamin c er	155
TYDEMY	61	VERSACLOZ	115	vitamin c plus wild rose hips	156
TYPHIM VI	28	versatile cream base	55	vitamin c/rose hips	156
U-BASE	55	VERSIGEL	55	vitamin c/rose hips tr	156
UDAMIN SP	154	VERZENIO	20	vitamin c-acerola	156
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS	154	VESTURA	61	vitamin c-rose hips	156
ultra freeda	154	V-GO 20	63	vitamin c-rose hips er	156
ultra freedal/iron	154	V-GO 30	63	vitamin c-rose hips tr	156
ULTRA FRESH	91	V-GO 40	63	vitamin d	156
ultra lubricating eye drops	91	VIC-FORTE	154	vitamin d (cholecalciferol)	156
ULTRACHOICE ADV FORMULA MATURE	154	VICTOZA	65	vitamin d (ergocalciferol)	156
ULTRACHOICE ADVANCED FORMULA	154	VIENVA	62	vitamin d high potency	156
unicomplex-m	154	vigabatrin	110	vitamin d infant	156
UNITHROID	56	VIGADRONE	110	VITAMIN D-1000 MAX ST	156
ursodiol	75	VIIBRYD STARTER PACK	113	vitamin d3	156
valacyclovir hcl	43	vilazodone hcl	113	vitamin d-3	156
VALCHLOR	167	VIMPAT	111	vitamin d3 complete	156
valganciclovir hcl	43	vincristine sulfate	23	vitamin d3 maximum strength	156
valproate sodium	110	vinorelbine tartrate	23	vitamin d3 super strength	156
valproic acid	110	viorele	62	vitamin d3 ultra strength	156
valsartan	48	VIRACEPT	38	vitamin d-400	157
valsartan-hydrochlorothiazide	51	VIREAD	38	vitamin e	157
VALTOCO 10 MG DOSE	110	virt-caps	154	vitamin e blend	157
VALTOCO 15 MG DOSE	110	virt-fefa plus	86	vitamin e water soluble	157
VALTOCO 20 MG DOSE	110	VIRT-GARD	154	vitamin e-200	157
VALTOCO 5 MG DOSE	110	vision formula 2	154	vitamin e-400	157
value plus glucose	56	vision formula eye health	155	vitamin k1	157
VANADOM	107	vision formula/lutein	155	vitamins acd-fluoride	157
vancomycin hcl	42	vision vitamins	155	vitamins a-d-e/selenium	157
vancomycin hcl in nacl	42	VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA	155	vitamins for hair	157
VANIBASE	55	VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA	155	vitamins/minerals	157
VANICREAM	167	vit e-vit c-beta carotene	155	VITASANA	157
vanishing cream botanical base	55	vita c/bioflavonoids/rose hips	155	vitasure	157
VAQTA	28	vita hair	155	vitatrum	157
varenicline tartrate	120	vitabasic complete	155	VITATRUM COMPLETE	157
VARIVAX	28	vitabasic senior	155	VITRAKVI	20
VASCEPA	49	vita-bee/c	155	VITRAMYN	157
v-c forte	154	vitabex plus	155	VITRANOL	157
vegetable lax+stool softener	80	vitachew multiple vitamin	155	VITRANOL FE	157
VELIVET	61	VITAFOL	155	VITREXATE	157
VELPHORO	55	VITAL-D RX	155	VITREXATE FE	157
VELTASSA	56	vitalee	155	VITREXYL	157
VELVACHOL	167	VITALET'S CHILDRENS	155	VITREXYL + IRON	157
VEMLIDY	43	vitamin a	155	vitrum 50+ senior multi	157
VENCLEXTA	20	vitamin b + c complex	155	VITRUM SENIOR	157
		vitamin b 12	155	VIVITROL	120
				VIZIMPRO	20
				v-max	55

VONJO	20	XULANE	62
voriconazole	39, 40	XULTOPHY	63
VOSEVI	43	xvite	158
VOTRIENT	20	XYREM	118
vp-vite rx	157	YELETS TEENAGE FORMULA	158
VRAYLAR	115	YF-VAX	29
VYFEMLA	62	yl coenzyme q10	121
VYLIBRA	62	yl folic acid	158
VYZULTA	87	yl vitamin b-6	158
WAL-DRYL ALLERGY	95	yl vitamin c	158
warfarin sodium	82	yl vitamin c-rose hips	158
wee care	86	YOUR LIFE MULTI ADULT	
WEEKLY-D	157	GUMMIES	158
WELIREG	22	YUVAFEM	68
WERA	62	ZAFEMY	62
wescaps	157	zafirlukast	98
westab max	157	zaleplon	117
westab mini	157	ZARXIO	83
westab one	157	ZEASORB-AF	162
west-vite w/folic acid	157	ZEJULA	21
womans laxative	80	ZELBORAF	21
womens 50+ advanced	157	ZEMAIRA	97
womens daily form/fa/ca/fe	157	ZENATANE	159
womens daily formula	157	ZENPEP	75
womens multi	157	ZERVIATE	86
womens multi gummies	157	zidovudine	38
womens multivitamin	158	ZIEXTENZO	83
wound care	55	zinc	128
WYMZYA FE	62	zinc chloride	129
XALKORI	20	zinc gluconate	128
XARELTO	82	zinc oxide	167
XARELTO STARTER PACK	83	zinc sulfate	128
XATMEP	25	ziprasidone hcl	115
XCEL 100	55	ziprasidone mesylate	116
XCOPRI	111	ZIRABEV	21
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ..	111	ZIRGAN	88
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ..	111	zoledronic acid	69
XELJANZ	25	ZOLINZA	21
XELJANZ XR	25	zolmitriptan	118
XENICAL	67	zolpidem tartrate	117
XERAC AC	167	zonisamide	111
XERMELO	75	zoo friends complete	158
XGEVA	69	ZOSTRIX HP	167
XHANCE	98	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
XIFAXAN	75	167
XIGDUO XR	65	ZOVIA 1/35 (28)	62
XiIDRA	91	ZTALMY	111
XOFLUZA (40 MG DOSE)	43	ZUMANDIMINE	62
XOFLUZA (80 MG DOSE)	43	ZYDELIG	21
XOLAIR	97	ZYKADIA	21
XOSPATA	20	ZYLET	87
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)	21	ZYPREXA RELPREVV	116
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ..	21	zyvana	158
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ..	21		
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ..	21		
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ..	21		
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ..	21		
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ..	21		
XTANDI	16		

**Neighborhood INTEGRITY | (Plan de Medicare-Medicaid)
Formulario de 2023: Lista de Medicamentos Cubiertos**

Para obtener más información reciente o realizar otras preguntas, contáctenos al 1-844-812-6896 y TTY 711, de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m., o visite www.nhpri.org/INTEGRITY. No hemos realizado cambios a este formulario desde el **21/9/2022**.

H9576_PharmDrugList23 Approved 10/07/2022

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.