



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 20/4/2023.

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	170

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
មានសោភាម្នល់ខ្លួយផ្ទុកភាសាអៅយមិនគិតឡើងសម្រាប់អ្នក។
សូមទូរសព្ទទៅសោភាមាតិកគារយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711) ចាប់ពីម៉ោង 8
ព្រឹកដល់ 8 យប់ថ្ងៃចន្ទ - សូមរៀបចំលេខ 8 ព្រឹកដល់ 12 យប់ទៅផ្ទើស់រៀង
នៅរាជរាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃអាទិត្យ និងថ្ងៃយប់សម្រាក អ្នកអាចចូរបានឡើងសិក្សាដែល
ការហេវបសអ្នកនិងក្រុមបានគោរពនៅក្នុងបំណងផ្ទើស់ដើម្បីការបន្ទាប់។
ការទូរសព្ទគិតគិតឡើង។
- ❖ 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 **15-169**. 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 **170**.

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 **170**. 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: 5/1/2023

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
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 2)	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
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		
abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg	\$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 240 MG, 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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>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
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (216 ml cada 27 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
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
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 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
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>Ipatinib 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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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, 320 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
<i>lytgobi (12 mg daily dose) oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>lytgobi (16 mg daily dose) oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>lytgobi (20 mg daily dose) oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 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
REZLIDHIA 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
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
sorafenib tosylate oral tablet 200 mg	\$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
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg	\$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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 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
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
ZELBORAFL 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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
Agentes Protectores		
<i>leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Antibióticos		
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100ML, 50 MG/25ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
Antimetabolitos		
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; 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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (49 tabletas cada 28 días); NDS
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
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
<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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 recambio cada 56 días); NDS
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	\$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
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg	\$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
sirolimus oral solution 1 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
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)	
bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg	\$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)	
diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 Ifu/0.5ml	\$0 (Nivel 2)	B/D
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nivel 2)	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 2)	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	\$0 (Nivel 2)	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	\$0 (Nivel 2)	
IPOV 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	\$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)	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 2)	
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)	
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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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 400 MG, 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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm ibuprofen ib childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm ibuprofen ib oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tgt childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Analgésicos Opioides, De Acción Prolongada		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (4 parches cada 28 días)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (10 parches cada 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 ml cada 30 días)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (450 ml cada 30 días)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
Analgésicos Opioides, De Acción Rápida		
<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2700 ml cada 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (400 tabletas cada 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 pastillas cada 30 días); NDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 pastillas 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
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 1 mg/ml, 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)
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
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
childrens acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
childrens apap oral tablet chewable 80 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
childrens silapap oral liquid 160 mg/5ml	\$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
ed-apap oral liquid 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
gnp 8 hour arthritis relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp 8 hour pain reliever oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp acetaminophen ex st oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp acetaminophen oral tablet 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp acetaminophen oral tablet chewable 160 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp infants pain/fever oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp pain relief extra strength oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp pain relief oral tablet 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
sm aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm pain relief oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm pain reliever ex st oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm pain reliever ex st oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm pain reliever oral tablet 325 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
tgt acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>INTELENCE ORAL TABLET 25 MG</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML</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
maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg	\$0 (Nivel 2)	NDS
nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 400 mg	\$0 (Nivel 1)	
nevirapine oral suspension 50 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
nevirapine oral tablet 200 mg	\$0 (Nivel 1)	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$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
ritonavir oral tablet 100 mg	\$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
stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (Nivel 1)	
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	\$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
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
zidovudine oral capsule 100 mg	\$0 (Nivel 1)	
zidovudine oral syrup 50 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
zidovudine oral tablet 300 mg	\$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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	
Agentes Combinados Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
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
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 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)	
<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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>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)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (480 tabletas cada 30 días)
Antiinfectivos, Varios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 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
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cvs pinworm treatment oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (12 tabletas cada año); NDS
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gnp antibacterial urinary pain oral tablet 162-162.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (12 tabletas cada 90 días)
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (1800 ml cada 30 días); NDS
<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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg	\$0 (Nivel 1)	
pin-away oral suspension 144 (50 base) mg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
praziquantel oral tablet 600 mg	\$0 (Nivel 1)	
reeses pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm	\$0 (Nivel 1)	
sulfadiazine oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 2)	
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg	\$0 (Nivel 1)	
SYNERCID INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150-350 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml	\$0 (Nivel 1)	
trimethoprim tablet 100 mg oral	\$0 (Nivel 1)	
trimethoprim tablet 100 mg oral	\$0 (Nivel 2)	
vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%	\$0 (Nivel 2)	
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg	\$0 (Nivel 1)	
vancomycin hcl oral capsule 125 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (80 cápsulas cada 180 días)
vancomycin hcl oral capsule 250 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (160 cápsulas cada 180 días)
Antimalariales		
atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg	\$0 (Nivel 1)	
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 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
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral</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
BARACLUDÉ ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	\$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)
<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/ACT	\$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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
valganciclovir hcl oral tablet 450 mg	\$0 (Nivel 1)	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	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		
cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg	\$0 (Nivel 2)	
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
cefadroxil oral capsule 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm	\$0 (Nivel 1)	
cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gml/50ml-%, 2-4 gml/100ml-%	\$0 (Nivel 2)	
cefdinir oral capsule 300 mg	\$0 (Nivel 1)	
cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	\$0 (Nivel 1)	
cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm	\$0 (Nivel 1)	
cefixime oral capsule 400 mg	\$0 (Nivel 1)	
cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm	\$0 (Nivel 1)	
cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg	\$0 (Nivel 1)	
cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
ceftazidime and dextrose intravenous solution reconstituted 1-5 gm-%(50ml), 2-5 gm-%(50ml)	\$0 (Nivel 2)	
ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm	\$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
ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm	\$0 (Nivel 1)	
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm	\$0 (Nivel 1)	
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg	\$0 (Nivel 1)	
cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm	\$0 (Nivel 1)	
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	\$0 (Nivel 1)	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	\$0 (Nivel 1)	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Eritromicinas/Macrólidas		
azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin oral packet 1 gm	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg	\$0 (Nivel 1)	
clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	\$0 (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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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)	
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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$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)	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 5000000 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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>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)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antilipémicos, Fibratos		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antilipémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg-Coa		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Antilipémicos, Varios		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML</i>	\$0 (Nivel 2)	PA

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)	
Bloqueadores De Los Canales De Calcio		
amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 1)	
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (Nivel 1)	
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0 (Nivel 1)	
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (Nivel 1)	
diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml	\$0 (Nivel 1)	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 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
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (Nivel 1)	
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg	\$0 (Nivel 1)	
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (Nivel 1)	
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (Nivel 1)	
nimodipine oral capsule 30 mg	\$0 (Nivel 1)	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	\$0 (Nivel 1)	
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 1)	
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0 (Nivel 1)	
verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (Nivel 1)	
verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	
Combinaciones Beta-Bloqueadores/Diuréticos		
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg	\$0 (Nivel 1)	
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg	\$0 (Nivel 1)	
Combinaciones De Antagonistas Del Receptor De Angiotensina II		
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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)	
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	\$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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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)	
aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg	\$0 (Nivel 1)	
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	\$0 (Nivel 1)	
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr	\$0 (Nivel 1)	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	
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
epinephrine (anaphylaxis) injection solution 1 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (Nivel 2)	PA
hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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)	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nivel 2)	
nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	\$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	\$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray	\$0 (Nivel 1)	
DIVERSOS		
Diversos		
1st base external cream	\$0 (Nivel 3)	DP
ARBEM H-COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
ARBEM LIOPEN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
az cream external cream	\$0 (Nivel 3)	DP
BASE PCCA CLARIFYING 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
<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
<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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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)	
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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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)
oxandrolone oral tablet 2.5 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)	\$0 (Nivel 1)	PA
testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	PA
testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (300 g cada 30 días)
testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)	\$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)	
alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg	\$0 (Nivel 1)	
alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg	\$0 (Nivel 1)	
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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)	
briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg	\$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)	
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)	
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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	\$0 (Nivel 1)	
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr	\$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)	
FINZALA ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$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)	
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)	
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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days	\$0 (Nivel 1)	
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	\$0 (Nivel 1)	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg	\$0 (Nivel 1)	
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/125-30 mcg	\$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)	
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg	\$0 (Nivel 1)	
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml	\$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)	
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 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
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone oral tablet 0.35 mg	\$0 (Nivel 1)	
norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	\$0 (Nivel 1)	
norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg, 0.8-25 mg-mcg	\$0 (Nivel 1)	
norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (Nivel 1)	
norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	\$0 (Nivel 1)	
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NYLIA 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)	
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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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)	
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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 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)	
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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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 20 UNIT/24HR	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada 30 días)
V-GO 30 KIT 30 UNIT/24HR	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada 30 días)
V-GO 40 KIT 40 UNIT/24HR	\$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)	
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)
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
glimepiride oral tablet 4 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
glipizide oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
glipizide oral tablet 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0 (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)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
metformin hcl oral tablet 1000 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (75 tabletas cada 30 días)
metformin hcl oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
metformin hcl oral tablet 850 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 2 MG/3ML	\$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)
pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nivel 1)	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
repaglinide oral tablet 2 mg	\$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
betaine oral powder	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
cabergoline oral tablet 0.5 mg	\$0 (Nivel 1)	
carglumic acid oral tablet soluble 200 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
charcoal powder	\$0 (Nivel 3)	DP
cinacalcet hcl oral tablet 30 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D; QL (60 tabletas cada 30 días)
cinacalcet hcl oral tablet 60 mg	\$0 (Nivel 2)	B/D; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
cinacalcet hcl oral tablet 90 mg	\$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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>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
JAVYGTOR ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
JAVYGTOR ORAL TABLET 100 MG	\$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	\$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
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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 10 mg/ml, 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)	
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)	
norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	\$0 (Nivel 2)	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 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
Glucocorticoides		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg	\$0 (Nivel 1)	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg	\$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
prednisolone oral solution 15 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
prednisone oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)	\$0 (Nivel 1)	
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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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)
famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%	\$0 (Nivel 1)	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	\$0 (Nivel 1)	
Antiácidos		
ALMAZONE 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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
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	\$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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
MYLANTA MAXIMUM STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid advanced max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid advanced oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid oral suspension 400-400-40 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid/antigas oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium bicarbonate oral powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Antidiarreicos		
<i>anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bismatrol oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bismuth oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bismuth subsalicylate oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diamode oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-pectate oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp k-pec oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pink bismuth oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pink bismuth oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp stomach relief oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm stomach relief oral tablet chewable 262 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
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)
granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml	\$0 (Nivel 1)	
granisetron hcl oral tablet 1 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg	\$0 (Nivel 2)	
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml	\$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl 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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (10 parches cada 30 días)
Antiespasmódicos		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Diversos		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>gas relief drops infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>GAS-X EXTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 125 MG</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>GAS-X EXTRA STRENGTH ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>GAS-X ULTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 180 MG</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>gnp anti-gas oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp infant gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm gas relief infants drops oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm gas relief oral tablet chewable 125 mg, 80 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
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
ursodiol oral capsule 300 mg	\$0 (Nivel 1)	
ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
balsalazide disodium oral capsule 750 mg	\$0 (Nivel 1)	
budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; 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
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días)
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml	\$0 (Nivel 1)	
mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
mesalamine oral capsule delayed release 400 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (180 cápsulas cada 30 días)
mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
mesalamine rectal enema 4 gm	\$0 (Nivel 1)	
mesalamine rectal suppository 1000 mg	\$0 (Nivel 1)	
mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm	\$0 (Nivel 1)	
sulfasalazine oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
Enzimas Pancreáticas		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	
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	\$0 (Nivel 2)	
Inhibidores De La Bomba De Protones		
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (30 cápsulas cada 30 días)
lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (Nivel 1)	
pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg	\$0 (Nivel 1)	
pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg	\$0 (Nivel 1)	
rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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)	
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 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)	
PLENU 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
px docusate sodium oral capsule 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px fiber oral capsule 0.52 gm	\$0 (Nivel 3)	DP
px fiber oral tablet 625 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	\$0 (Nivel 3)	DP
qc enema rectal enema 16-6 gm/133ml	\$0 (Nivel 3)	DP
qc epsom salt oral granules	\$0 (Nivel 3)	DP
qc fiber laxative 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
qc gentle laxative rectal suppository 10 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
qc natural vegetable oral powder 95 %	\$0 (Nivel 3)	DP
qc natura-lax oral powder 17 gm/scoop	\$0 (Nivel 3)	DP
qc stool softener oral capsule 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc stool softener pls laxative oral tablet 8.6-50 mg	\$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
senexon oral liquid 8.8 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
SENEXON-S ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
senna laxative oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
senna oral capsule 8.6 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
senna oral liquid 8.8 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
senna oral syrup 8.8 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
senna oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
senna plus oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
senna s oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
senna-lax oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
senna-plus oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
senna-s oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
senna-tabs oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
senna-time oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
senna-time s oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sennosides-docusate sodium oral tablet 8.6-50 mg	\$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
silace oral liquid 150 mg/15ml	\$0 (Nivel 3)	DP
silace oral syrup 60 mg/15ml	\$0 (Nivel 3)	DP
SM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
sm enema rectal enema 7-19 gm/118ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm epsom salt oral granules	\$0 (Nivel 3)	DP
sm fiber oral powder 28.3 %, 48.57 %, 58.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sm fiber oral tablet 625 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	\$0 (Nivel 3)	DP
sm senna laxative oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm senna-s oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 3 vaginal cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
clotrimazole vaginal cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp clotrimazole 3 vaginal cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp miconazole 7 vaginal cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
metronidazole vaginal gel 0.75 %	\$0 (Nivel 1)	
miconazole 3 combo pack app vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0 (Nivel 3)	DP
miconazole 3 combo-supp vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0 (Nivel 3)	DP
miconazole 7 vaginal cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
miconazole 7 vaginal suppository 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
miconazole nitrate vaginal cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MONISTAT 3 COMBINATION PACK VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nivel 3)	DP
MONISTAT 3 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nivel 3)	DP
MONISTAT 7 SIMPLY CURE VAGINAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
px miconazole 3-day combo vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0 (Nivel 3)	DP
qc miconazole 7 vaginal cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sm 3-day vaginal vaginal cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sm clotrimazole vaginal vaginal cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sm miconazole 3 applicator vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0 (Nivel 3)	DP
sm miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0 (Nivel 3)	DP
sm miconazole 7 vaginal cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sm miconazole 7 vaginal suppository 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %	\$0 (Nivel 1)	
terconazole vaginal suppository 80 mg	\$0 (Nivel 1)	
tgt miconazole 7 vaginal cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
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)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (51 tabletas cada 30 días)
Diversos		
anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nivel 1)	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (24 cajas cada 30 días); NDS
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
FERRLECIT 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>grp 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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 slow release iron oral tablet extended release 142 (45 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TRICON ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
TRIFERIC HEMODIALYSIS PACKET 272 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>trigels-f forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>virt-fefa plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>wee care oral suspension 15 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Inhibidores De Agregación Plaquetaria		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
OFTÁLMICOS		
Antialérgicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
NAPHCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$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)	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	\$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
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	\$0 (Nivel 2)	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$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)	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	\$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)	
NEO-POLYCIN HC OPHTHALMIC OINTMENT 1 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0 (Nivel 2)	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$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)	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	\$0 (Nivel 2)	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$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)	
<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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	\$0 (Nivel 1)	
NEO-POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 3.5-400-10000	\$0 (Nivel 1)	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 500-10000 UNIT/GM	\$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>diluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nivel 2)	
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	\$0 (Nivel 2)	
Diversos		
<i>artificial tears ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %, 0.5-0.6 %, 1.4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>carboxymethylcellulose sod pf ophthalmic gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
TYRVAYA NASAL SOLUTION 0.03 MG/ACT	\$0 (Nivel 2)	
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/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (30 blísteres cada 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</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>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antihistamínicos		
<i>24hr allergy relief oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ALAVERT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aler-cap oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all-day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aller-chlor oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aller-ease oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy (cetirizine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy 24-hr oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy rel child (loratadine) oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief (loratadine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief cetirizine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief childrens oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief oral tablet 10 mg, 180 mg, 25 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief/indoor/outdoor oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy-time oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>BANOPHEN ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>BANOPHEN ORAL TABLET 25 MG</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl allergy child oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl childrens alrgy oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cetirizine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chlorhist oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chlorpheniramine maleate oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>complete allergy medicine oral capsule 25 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
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 solution 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 solution 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)	\$0 (Nivel 3)	DP
levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (rx)	\$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 solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
loratadine oral solution 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
qc chlor-pheniramine oral tablet 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 solution 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 solution 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 solution 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/ACT	\$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	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nivel 2)	QL (6 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
Combinaciones De Anticolinérgicos/Beta Agonistas		
Agonistas		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	\$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	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$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/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	\$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/ACT, 200-25 MCG/ACT	\$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
<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)	
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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, 75-94 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 capsule 267 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (270 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (270 tabletas cada 30 días); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 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
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
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 elixir 80 mg/15ml</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/ACT, 250 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (240 inhalaciones cada 30 días)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	\$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 poli-chlorphe poli 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 100-6.33 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
fingolimod hcl 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, 300 mg/6ml</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
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (900 ml cada 30 días)
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (1100 ml cada 30 días); NDS
Antidemencia		
donepezil hcl oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 1)	
donepezil hcl oral tablet 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg	\$0 (Nivel 1)	
donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	\$0 (Nivel 1)	PA
memantine hcl oral solution 2 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	PA
memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	PA
memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg	\$0 (Nivel 2)	PA
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	\$0 (Nivel 2)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0 (Nivel 2)	
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr	\$0 (Nivel 1)	QL (30 parches cada 30 días)
Antidepresivos		
amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 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
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 2)	
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg	\$0 (Nivel 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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (Nivel 2)	
nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml	\$0 (Nivel 2)	
paroxetine hcl oral 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)	
VIBRYD 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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml	\$0 (Nivel 1)	
chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
clozapine oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (270 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 HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inyección cada 180 días); NDS
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)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 90 días); NDS
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	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
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 frascos cada 1 día)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 30 días); NDS
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$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
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inyecciones cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 37.5 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inyecciones cada 28 días); NDS
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 ml cada 30 días)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 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>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>risperidone oral tablet dispersible 4 mg</i>	\$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)
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$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)	
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	\$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		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg</i>	\$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)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (900 ml cada 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1800 ml cada 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	\$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
<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)
DAYVIGO ORAL TABLET 10 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)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; 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)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
Migraña		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 30 días)
dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	NDS
dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 ml cada 30 días); NDS
ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (40 tabletas cada 28 días)
naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg	\$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)
rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (18 tabletas cada 30 días)
rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (18 tabletas cada 30 días)
sumatriptan nasal solution 20 mg/act	\$0 (Nivel 1)	QL (12 unidades cada 30 días)
sumatriptan nasal solution 5 mg/act	\$0 (Nivel 1)	QL (24 unidades cada 30 días)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (12 tabletas cada 30 días)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml	\$0 (Nivel 1)	QL (18 inyecciones cada 30 días)
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)
sodium oxybate oral solution 500 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (540 ml cada 30 días); NDS
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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)	
gnp nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp 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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
<i>nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine step 1 transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine step 2 transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine step 3 transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine transdermal kit 21-14-7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0 (Nivel 2)	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>phendimetrazine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 105 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phentermine hcl oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phentermine hcl oral tablet 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px stop smoking aid mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr</i>	\$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
<i>sm nicotine mouth/throat gum 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt nicotine step one transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt nicotine step three transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr</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>tgt nicotine step two transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días)
<i>varenicline tartrate oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SUPLEMENTOS NUTRICIONALES		
Diversos		
<i>co q 10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co q10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co q-10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coenzyme q10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co-enzyme q10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co-enzyme q-10 oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq-10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq-10 oral capsule extended release 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql coq10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp co q10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp melatonin maximum strength oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>H2Q ORAL CAPSULE 100 MG</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm coq10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin maximum strength oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/4ml, 2.5 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin oral tablet 1 mg, 3 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc melatonin max st oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>Q-GEL FORTE ORAL CAPSULE 30 MG</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>Q-GEL MEGA ORAL CAPSULE 100 MG</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>Q-SORB CO Q-10 ORAL CAPSULE 100 MG</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm co q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>yl coenzyme q10 oral capsule 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
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/100ml-%	\$0 (Nivel 2)	
magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)	\$0 (Nivel 2)	
magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml	\$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous	\$0 (Nivel 2)	
potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous	\$0 (Nivel 2)	
potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride intravenous solution 10 meq/50ml, 20 meq/50ml	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq//</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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)	
<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>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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 pediatric electrolyte oral solution	\$0 (Nivel 3)	DP
ENFAMIL ENFALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp electrolyte solution oral solution	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp pediatric electrolyte oral solution	\$0 (Nivel 3)	DP
h-e-b oral electrolyte oral solution	\$0 (Nivel 3)	DP
hm pediatric electrolyte oral solution	\$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
oral electrolytes oral solution	\$0 (Nivel 3)	DP
ORALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
ORALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
ped electrolyte freeze pops oral solution	\$0 (Nivel 3)	DP
ped electrolyte freezer pops oral solution	\$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
pediatric electrolyte oral solution	\$0 (Nivel 3)	DP
pediatric electrolyte-zinc oral solution	\$0 (Nivel 3)	DP
ra ped electrolyte freezer pop oral solution	\$0 (Nivel 3)	DP
ra pediatric electrolyte oral solution	\$0 (Nivel 3)	DP
REHYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
sm pediatric electrolyte oral solution	\$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
calcium + d oral tablet 250-125 mg-unit	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium + vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium + vitamin d3 oral tablet chewable 500-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium 500 + d oral tablet 500-3.125 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium 500 + d3 oral tablet 500-15 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium 500 +d oral tablet 500-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium 500/d oral tablet 500-5 mg-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
calcium 500/d oral tablet chewable 500-400 mg-unit	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium 500/vitamin d oral tablet 500-3.125 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium 500+d high potency oral tablet 500-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium 500+d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium 500+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium 600 + d oral tablet 600-5 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium 600 high potency oral tablet 600 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg, 600 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium 600+d high potency oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-200 mg-unit	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium 600+d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium 600-d oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
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	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium carb-cholecalciferol oral tablet chewable 500-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 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	\$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
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
oyster calcium oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
oyster shell calcium + d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
oyster shell calcium + d3 oral tablet 500-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
oyster shell calcium 250+d oral tablet 250-3.125 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
oyster shell calcium 500 + d oral tablet 500-200 mg-unit, 500-3.125 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
oyster shell calcium 500+d oral tablet chewable 500-10 mg-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
oyster shell calcium oral tablet 500 mg, 500-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
oyster shell calcium plus d oral tablet 500-3.125 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
oyster shell calcium w/d oral tablet 500-5 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
oyster shell calcium/d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
oyster shell calcium/d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
oyster shell calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg	\$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
pure calcium carbonate oral tablet 1500 (600 ca) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
px calcium&d oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
qc calcium fast dissolution oral tablet 1500 (600 ca) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
ra calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg	\$0 (Nivel 3)	DP
ra calcium 600/vitamin d-3 oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
ra calcium cit plus vit d-3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
ra calcium cit-vit d-3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
clinimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
clinimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
clinimix/dextrose (8/14) intravenous solution 8 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (Nivel 1)	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
cupric chloride intravenous solution 0.4 mg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
dextrose intravenous solution 10 %, 5 %	\$0 (Nivel 1)	
dextrose intravenous solution 50 %, 70 %	\$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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
<i>acerola c-500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>actical oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ADEK GUMMIES PLUS ZN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>adult one daily gummies oral tablet chewable</i>	\$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
<i>algae based calcium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE ULTRA POTENCY WOMENS 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
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
<i>animal chews oral tablet chewable , with c & fa</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ANIMAL SHAPES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>animal shapes/iron oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ANIMI-3 ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antioxidant a/c/e/selenium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antioxidant formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>anti-oxidant oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
AQUADEKS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aqueous vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ascorbic acid injection solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ascorbic acid oral tablet 500 mg</i>	\$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
<i>b complex (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex vitamins oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex-b12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex-c-folic acid oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b6 natural oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BACMIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>balance b-50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bariatric multivitamins/iron 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
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 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
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
century mature oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
century oral tablet	\$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
certa plus oral tablet	\$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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
chewable vite childrens oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
childrens animal shapes oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
childrens chew multivitamin oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
childrens chewable multi vits oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
childrens chewable vitamins oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
childrens gummies oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
childrens multivitamin oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
classic prenatal oral tablet 28-0.8 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
cod liver oil oral capsule 4000-200 unit	\$0 (Nivel 3)	DP
companion oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
complete multivitamin/mineral oral liquid	\$0 (Nivel 3)	DP
complete oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
complete senior oral tablet	\$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
cvs b complex plus c oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs b-1 oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs b6 oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
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-vite/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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
DECUBI-VITE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dekas bariatric oral tablet chewable</i>	\$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
<i>delta d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$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
<i>diabetes health formula oral tablet</i>	\$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
<i>dalyvite 800/ultra d oral tablet</i>	\$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
<i>disney cars gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>disney princess gummies oral tablet chewable</i>	\$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
<i>e 1000 oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>e200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>e-200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>e-400 oral capsule 400 unit</i>	\$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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 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)	\$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 d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)	\$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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
high pot multivitamin/beta-car oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
high potency multivitfa 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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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>i-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>i-vite protect oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>just 4 kidz multivit/probiotic oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
JUST D ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kobee oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp adults 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp adults daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp b complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp folic acid oral tablet 1 mg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp mens 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp mens daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp prenatal multivitamins oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
KP VISION FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
KP VISION FORMULA/LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin d oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp womens 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp womens daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL ST ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-methylfolate calcium oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-methylfolate-b6-b12 oral tablet 3-35-2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-methyl-mc nac oral tablet 6-2-600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>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
<i>multi vitamin w/d-3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi vitamin/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MULTI-BETIC DIABETES ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-day oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-day plus iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-day plus minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multilex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multilex-t&m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vit/minerals/no iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vitamins/iron 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
<i>multipro oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vit/iron/fluoride oral solution 0.25-10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin & mineral oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adult (minerals) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adult extra c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adults oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin childrens (wl fa) oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin gummies adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin gummies mens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin gummies womens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin monocaps oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/extra vitamin d3 oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/zinc stress oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin-minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamins plus iron child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamins/minerals adult oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vite oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivit-min gummies childrens oral tablet chewable</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
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
<i>myamulti oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mynephrocaps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MYNEPHRON ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>my-vitalife oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NASCOBAL NASAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>natural c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>natural vitamin d-3 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>neovite oral tablet</i>	\$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
<i>niacin er oral capsule extended release 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin er oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NICOMIDE ORAL TABLET 750-27-2-0.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotinamide oral tablet 750-27-2-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NIVA-FOL ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>no iron mult vitamin-minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>norwegian cod liver oil oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ocular vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ocutabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ocutabs-lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE ADULT 50+ 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
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
<i>omnicap oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>once daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>once daily/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ONCOVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE A DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily calcium/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily for men 50+ advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily for men/lycopene oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily for women 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily for women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily healthy weight adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily maximum oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily mens 50+ multivit oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily multivitamin adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily multivitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily womens 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily/minerals oral tablet</i>	\$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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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/iron oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
optic-vites oral tablet	\$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
optimum pms oral tablet	\$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
pan-c 500/bioflavonoids oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
parvlex oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
pc pediatric poly-vita/fe drop oral solution 10 mg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
PERIDIN-C ORAL TABLET 200-50-150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
pharmacist choice d-vitamin oral liquid 400 unit/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
PHYTOMULTI ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
phytonadione oral tablet 5 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
plain niacin oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
poly vitamin oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
poly-vita/iron oral solution 10 mg/ml	\$0 (Nivel 3)	DP
polyvitamin/iron oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
prenatal 19 oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
prenatal one daily oral tablet 27-0.8 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
sm multiple vitamins/iron oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
sm niacin cr oral tablet extended release 250 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm one daily mens oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
sm one daily womens oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
sm opti-vitamins oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
sm super b complex/c oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
sm vit c/rose hips oral tablet 1000 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin b complex/vitamin c oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin b1 oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin b-12 oral tablet 500 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin b12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin b6 oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin b-6 oral tablet 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
sm vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin c oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin d oral tablet 10 mcg (400 unit)	\$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin d3 oral capsule 50 mcg, 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin e oral capsule 1000 unit, 200 unit, 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)	\$0 (Nivel 3)	DP
solo oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
span c oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
SPECTRAVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
stress formula (folic acid) oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
stress formula oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
stress formula/iron oral tablet	\$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
super antioxidant oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
super aytinal 50 plus oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
super aytinal oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
super b complex maxi oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
SUPPORT-500 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sv vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$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
<i>tab-a-vite/iron oral tablet</i>	\$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
<i>thera vital m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>therabasic-m oral tablet</i>	\$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
<i>thera-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
thiamine hcl oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
thiamine mononitrate oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
thrivite 19 oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
total b/c oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
triphrocaps oral capsule 1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
tropical liquid nutrition oral liquid	\$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
ultra freeda oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ultra freedal/iron oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRACHOICE ADV FORMULA MATURE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRACHOICE ADVANCED FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
unicomplex-m oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
v-c forte oral capsule	\$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
virt-caps oral capsule 1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
VIRT-GARD ORAL TABLET 2.2-25-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
vision formula 2 oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 (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
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 acd-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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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/fal/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
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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 pastillas cada 30 días)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ORASEP MOUTH/THROAT SOLUTION 2-0.5-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>PERIOMED MOUTH/THROAT CONCENTRATE 0.63 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Acné		
<i>ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>adapalene external gel 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (45 g cada 30 días)
<i>AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (45 g cada 30 días)
<i>BENZEFOAM EXTERNAL FOAM 5.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>BENZEPRO EXTERNAL FOAM 5.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>BENZEPRO SHORT CONTACT EXTERNAL FOAM 9.8 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (46,6 g cada 30 días)
<i>CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (75 g cada 30 días)
<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)
<i>DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.1 %</i>	\$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
<i>MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG</i>	\$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)
<i>ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG</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
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)
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	\$0 (Nivel 1)	
sterile water for irrigation irrigation solution	\$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Anestésicos Locales		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 ml cada 30 días)
lidocaine external ointment 5 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (50 g cada 30 días)
lidocaine external patch 5 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (3 parches cada 1 día)
lidocaine hcl external solution 4 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (50 ml cada 30 días)
lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 ml cada 30 días)
lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 g cada 30 días)
Dermatología, Antibióticos		
bacitracin external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
bacitracin zinc-aloe external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
first aid antibiotic external ointment 3.5-400-5000 mg-unit	\$0 (Nivel 3)	DP
gentamicin sulfate external cream 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
gentamicin sulfate external ointment 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
gnp bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp triple antibiotic external ointment	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp triple antibiotic plus external ointment 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
hm bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
hm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000	\$0 (Nivel 3)	DP
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	
SULFAMYLON 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)	\$0 (Nivel 3)	DP
clotrimazole cream 1 % external (rx)	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
clotrimazole solution 1 % external (otc)	\$0 (Nivel 3)	DP
clotrimazole solution 1 % external (rx)	\$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
gnp athletes foot external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp miconazorb af external powder 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp terbinafine hydrochloride external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp tolnaftate external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ketoconazole external cream 2 %	\$0 (Nivel 1)	QL (60 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
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
tgt antifungal spray powder aerosol powder 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
TING EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
tolnaftate antifungal external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
tolnaftate external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
tolnaftate external powder 1 %	\$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)
tazarotene external cream 0.1 %	\$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)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
Dermatología, Antiseborreicos		
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Corticosteroides		
<i>ala-cort external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$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)
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (50 ml cada 30 días)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 g cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118,28 ml cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 ml cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118,28 ml cada 30 días)
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</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
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
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)	\$0 (Nivel 3)	DP
ammonium lactate cream 12 % external (rx)	\$0 (Nivel 1)	
ammonium lactate lotion 12 % external (otc)	\$0 (Nivel 3)	DP
ammonium lactate lotion 12 % external (rx)	\$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>anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
AQUA GLYCOLIC FACE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>arthritis pain relieving external cream 0.075 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BANOPHEN EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
BASLE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzoin external tincture</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>beta care external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BETA XMA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
BETADINE EXTERNAL SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días); NDS
<i>calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calamine phenolated external lotion</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calamine-zinc oxide external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CALMOSEPTINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>capsaicin external cream 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>capsaicin pain relief external cream 0.1 %</i>	\$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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>eq therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN ADVANCED REPAIR HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN CALMING DAILY MOIST EXTERNAL CREAM	\$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)	
<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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
<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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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.....	99	adult aspirin regimen.....	33	allergy-time	93
12 hour nasal decongestant.....	99	adult one daily gummies.....	131	allopurinol.....	37
12 hour nasal spray.....	99	ADVAIR DISKUS	97	ALMAcone DOUBLE STRENGTH	70
1st base.....	54	ADVAIR HFA.....	97	alosetron hcl.....	74
24hr allergy relief.....	93	ADVANCED MULTI EA.....	131	ALPHAGAN P	87
3 day vaginal	81	ADVANTAGE CARE		alprazolam.....	108
4-WAY FAST ACTING	99	ELECTROLYTE PED.....	124	ALREX	89
50+ adult eye health.....	131	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	119	alumina-magnesia-simethicone	70
8hr muscle aches & pain.....	32	AIRBORNE	131	aluminum hydroxide gel.....	70
a thru z advanced.....	131	AIRBORNE GUMMIES	131	ALUNBRIG	16
a thru z high potency	131	AIRBORNE KIDS	131	alyacen 1/35.....	57
a thru z select	131	AIRBORNE+GOOD REST	131	alyacen 7/7/7	57
a thru z select 50+ advanced.....	131	AIRBORNE+NATURAL ENERGY	131	AMABELZ	68
a thru z select 50+ mens	131	AIRBORNE+PROBIOTIC	131	amantadine hcl	106, 107
a thru z select advanced.....	131	ala-cort.....	164	ambrisentan	53
a thru z select ultimate women	131	ALAVERt	93	AMETHIA	57
a thru z ultimate mens	131	ALAVERt ALLERGY/SINUS	99	amikacin sulfate	40
a-10000.....	131	albendazole	40	amiloride hcl	52
abacavir sulfate	37	albuterol sulfate	96	amiloride-hydrochlorothiazide	52
abacavir sulfate-lamivudine	39	albuterol sulfate hfa	96	amiodarone hcl	48
abc complete senior womens 50+	131	aclometasone dipropionate	164	amitriptyline hcl	112
abc plus.....	131	ALDURAZYME	66	AMLADEX	132
ABC PLUS SENIOR ADULTS 50+	131	ALECENSA	16	amlodipine besy-benazepril hcl	52
ABELCET	39	alendronate sodium	69, 70	amlodipine besylate	50
ABILIFY MAINTENA.....	114	aler-cap.....	93	amlodipine besylate-valsartan	51
abiraterone acetate	15	alfuzosin hcl er	82	amlodipine-olmesartan	51
acamprosate calcium	119	algae based calcium	131	ammonium lactate	165
acarbose	64	aliskiren fumarate	53	AMNESTEEM	160
ACCUTANE	160	ALIVE ULTRA POTENCY		amoxapine	113
acebutolol hcl	50	WOMENS 50+	131	amoxicillin	46
acerola c-500.....	131	ALIVE WOMENS 50+	132	amoxicillin-pot clavulanate	46
acetaminophen	33	ALIVE WOMENS ENERGY	132	amoxicillin-pot clavulanate er	46
acetaminophen 8 hour.....	32	ALIVE WOMENS GUMMY	132	amphetamine-dextroamphetamine er	117
acetaminophen childrens	32	all day allergy	93	amphetamine-dextroamphetamine	117
acetaminophen er	33	all day allergy childrens	93	amphotericin b	40
acetaminophen extra strength	33	all day allergy d	99	amphotericin b liposome	40
acetaminophen infants	33	all day allergy-d	99	ampicillin	46
acetaminophen-codeine	31	ALLBEE/C	132	ampicillin sodium	46
acetaminophen-codeine #3	31	all-day allergy childrens	93	ampicillin-sulbactam sodium	46, 47
acetazolamide	52	aller-chlor	93	anagrelide hcl	83
acetazolamide er	52	aller-ease	93	anastrozole	15
acetic acid	82, 92	allergy	93	animal chews	132
acetylcysteine	97	allergy (cetirizine)	93	ANIMAL SHAPES	132
acitretin	163	allergy 24-hr	93	animal shapes/iron	132
ACTHIB	27	allergy childrens	93	ANIMI-3	132
actical	131	allergy rel child (loratadine)	93	ANORO ELLIPTA	97
ACTIMMUNE	26	allergy relief	93	antacid	71
active fe	84	allergy relief (loratadine)	93	antacid anti-gas max strength	71
acyclovir	43	allergy relief cetirizine	93	antacid anti-gas reg strength	71
acyclovir sodium	43	allergy relief childrens	93	antacid maximum strength	71
ADACEL	27	allergy relief d	100	antacid plus anti-gas relief	71
adapalene	160	allergy relief d-12	100	antacid regular strength	71
adefovir dipivoxil	43	allergy relief d-24	100	antacid/antigas	71
ADEK GUMMIES PLUS ZN	131	allergy relief/indoor/outdoor	93	antacid/anti-gas	71
ADEMPAS	53	allergy relief/nasal decongest	100	anti-diarrheal	72
ADIPEX-P	119	allergy relief-d	100	antifungal	162
ADRENALIN	53	allergy/congestion relief	100	anti-fungal	162

antifungal (<i>clotrimazole</i>)	162	AUSTEDO	118	BENZEDREX	100
antifungal (<i>tolnaftate</i>)	162	AUVELITY	113	BENZEFOAM	160
antifungal <i>clotrimazole</i>	162	AVIANE	58	BENZEPRO	160
anti-itch	166	AVITA	160	BENZEPRO SHORT CONTACT	160
antioxidant	132	AYUNA	58	<i>benzoin</i>	166
anti-oxidant	132	AYVAKIT	16	<i>benzonataate</i>	100
antioxidant <i>a/c/e/selenium</i>	132	<i>az cream</i>	54	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	160
antioxidant formula	132	<i>azacitidine</i>	22	<i>benzphetamine hcl</i>	119
antiseptic skin cleanser	166	<i>azathioprine</i>	26	<i>benztropine mesylate</i>	107
APHEN	33	<i>azelastine hcl</i>	87, 93	BERINERT	83
aprepitant	73	<i>azithromycin</i>	45	BESIVANCE	88
APRI	57	AZO HORMONAL HEALTH		BESREMI	22
APTIOM	108	CYCLE CARE	132	<i>beta care</i>	166
APTVUS	37	AZO HORMONAL HEALTH		BETA XMA	166
AQUA GLYCOLIC FACE	166	HAPPY CYCL	132	BETADINE	166
AQUADEKS	132	<i>aztreonam</i>	40	<i>betaine</i>	66
aqueous <i>vitamin d</i>	132	AZURETTE	58	<i>betamethasone dipropionate</i>	164
ARALAST NP	97	<i>b complex</i>	132	<i>betamethasone dipropionate aug.</i>	164
ARANELLE	58	<i>b complex (folic acid)</i>	132	<i>betamethasone valerate</i>	164
ARBEM H-COSMETIC	54	<i>b complex vitamins</i>	132	BETASERON	107
ARBEM LIPOOPEN	54	<i>b complex-b12</i>	132	<i>betaxolol hcl</i>	50, 87
ARCALYST	26	<i>b complex-c</i>	132	<i>bethanechol chloride</i>	82
ariPIPRAZOLE	114	<i>b complex-c-folic acid</i>	132	BETOPTIC-S	87
ARISTADA	114	<i>b-1</i>	132	<i>better b complex</i>	133
ARISTADA INITIO	114	<i>b-12</i>	132	BEVESPI AEROSPHERE	97
armodafinil	119	<i>b-12 tr</i>	132	<i>bexarotene</i>	22, 166
ARNUTTY ELLIPTA	99	<i>b-6</i>	132	BEXSERO	27
arthritis pain relief	33	<i>b6 natural</i>	132	<i>bicalutamide</i>	15
arthritis pain relieving	166	<i>bacitracin</i>	88, 161	BICILLIN L-A	47
artificial tears	89	<i>bacitracin zinc</i>	161	BIKTARVY	39
ascorbic acid	132	<i>bacitracin zinc-aloe</i>	161	BIO-35 GLUTEN-FREE	133
asenapine maleate	114	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	88	<i>biocal</i>	133
ASHLYNA	58	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	88	BIOLYTE	124
aspirin	33	<i>baclofen</i>	108	<i>biosupp</i>	133
aspirin adult low strength	33	BACMIN	132	BIOTECT PLUS	133
aspirin ec	33	BAFIERTAM	107	<i>biotin</i>	133
aspirin ec adult low strength	33	<i>balance b-50</i>	132	<i>biotin 5000</i>	133
aspirin ec low strength	33	<i>balsalazide disodium</i>	75	<i>biotin maximum strength</i>	133
aspirin low dose	33	BALVERSA	16	<i>biotin plus/calcium/vit d3</i>	133
aspirin-dipyridamole er	87	BALZIVA	58	<i>bisacodyl</i>	76
ASSURE ID INSULIN SAFETY		BANOPHEN	93, 166	<i>bisacodyl ec</i>	76
SYR	63	BARACLUDE	43	<i>bisacodyl laxative</i>	76
atazanavir sulfate	37	<i>bariatric multivitamins/iron</i>	132	<i>bismatrol</i>	72
atenolol	50	BASAGLAR KWIKPEN	63	<i>bismuth</i>	72
atenolol-chlorthalidone	51	BASE PCCA CLARIFYING	54	<i>bismuth subsalicylate</i>	72
athletes foot (<i>clotrimazole</i>)	162	BASLE	166	<i>bisoprolol fumarate</i>	50
athletes foot (<i>terbinafine</i>)	162	BAYER ASPIRIN	33	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	51
athletes foot powder spray	162	BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE	33	BIVIGAM	25
athletes foot spray	162	<i>bcg vaccine</i>	27	BLISOVI 24 FE	58
atomoxetine hcl	117	<i>b-complex (folic acid)</i>	133	BLISOVI FE 1.5/30	58
atorvastatin calcium	49	<i>b-complex balanced</i>	133	<i>body/hair/skin/nails</i>	133
atovaquone	40	<i>b-complex/b-12</i>	133	BOOSTRIX	27
atovaquone-proguanil hcl	42	<i>b-complex/vitamin c</i>	133	<i>bortezomib</i>	16
atropine sulfate	89	<i>b-complex-c</i>	133	<i>bosentan</i>	54
ATROVENT HFA	92	<i>b-complex-c (w/folic acid)</i>	133	BOSULIF	16
AUBRA EQ	58	BELSOMRA	118	<i>bp vit 3</i>	133
AUROVELA 1/20	58	<i>benazepril hcl</i>	54	BPROTECTED MULTI-VITE	133
AUROVELA 24 FE	58	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	52	BPROTECTED PEDIA D-VITE	133
AUROVELA FE 1.5/30	58	BENDEKA	15	BPROTECTED PEDIA POLY-	
AUROVELA FE 1/20	58	BENLYSTA	26	VITE/FE	133

BRAFTOVI.....	16	calcium 600/vitamin d	126	cefaclor er.....	44
BREO ELLIPTA.....	97	calcium 600+d.....	126	cefadroxil.....	44
BREZTRI AEROSPHERE.....	97	calcium 600+d high potency.....	126	cefazolin sodium.....	44
briellyn.....	58	calcium 600+d3.....	126	cefazolin sodium-dextrose.....	44
BRILINTA.....	87	calcium 600-d.....	126	cefdinir.....	44
brimonidine tartrate	87	calcium acetate	56	cefeprazole hcl.....	44
brinzolamide	87	calcium acetate (phos binder)	56	cefixime	44
BRIVIACT.....	108	calcium carb-cholecalciferol	126	cefoxitin sodium	44
bromocriptine mesylate	107	calcium carbonate	126	cefodoxime proxetil.....	44
BROMSITE.....	89	calcium carbonate antacid.....	71	ceprozil.....	44
BRUKINSA.....	16	calcium citrate	126	ceftazidime	44, 45
budesonide.....	76, 99	calcium citrate + d3.....	126	ceftazidime and dextrose	44
budesonide er.....	75	calcium citrate + d3 maximum	126	ceftriaxone sodium	45
bumetanide	52	calcium citrate +d.....	126	cefuroxime axetil.....	45
buprenorphine	31	calcium citrate+d3	126	cefuroxime sodium	45
buprenorphine hcl	120	calcium citrate+d3 petites	126	celecoxib	29
buprenorphine hcl-naloxone hcl....	120	calcium citrate-vitamin d	126	CELONTIN	108
bupropion hcl	113	calcium citrate-vitamin d3.....	126	centavite a-z complete-mineral	133
bupropion hcl er (smoking det)	120	calcium extra d3.....	126	CENTRATEX	84
bupropion hcl er (sr)	113	calcium high potency	126	centravites	134
bupropion hcl er (xl)	113	calcium high potency/vitamin d	127	centravites 50 plus	133
buspirone hcl.....	108	calcium oyster shell	127	centravites adults	134
butenafine hcl	162	calcium plus vitamin d	127	CENTRUM	134
butorphanol tartrate	31	calcium+d3	127	CENTRUM ADULTS	134
BYDUREON BCISE.....	64	calcium-magnesium-zinc	127	CENTRUM CARDIO	134
BYETTA 10 MCG PEN.....	64	calcium-vitamin d3	127	CENTRUM FLAVOR BURST	134
BYETTA 5 MCG PEN.....	64	CALMOSEPTINE	166	ADULT	134
c 1000.....	133	CALQUENCE	16	CENTRUM FLAVOR BURST KIDS	134
c 500.....	133	CAMILA	58	134
c-1000.....	133	CAMRESE	58	CENTRUM FRESH/FRUITY 50+	134
c-1000/rose hips	133	CAMRESE LO	58	CENTRUM FRESH/FRUITY	134
c-250.....	133	candesartan cilexetil	48	ADULT	134
c-500.....	133	candesartan cilexetil-hctz	51	CENTRUM KIDS	134
c-500/rose hips	133	capcof	100	CENTRUM MEN	134
cabergoline	66	CAPLYTA	114	CENTRUM MULTIGUMMIES	134
CABOMETYX.....	16	CAPRELSA	16	CENTRUM SILVER	134
calamine	166	capsaicin	166	CENTRUM SILVER 50+MEN	134
calamine phenolated	166	capsaicin pain relief	166	CENTRUM SILVER 50+WOMEN	134
calamine-zinc oxide	166	captopril	54	CENTRUM SILVER ADULT 50+	134
CALCI-CHEW.....	125	CAPZASIN-HP	166	CENTRUM SILVER ULTRA	134
CALCIDOL.....	133	carbamazepine	108	WOMENS	134
calcipotriene	163	carbamazepine er	108	CENTRUM SPECIALIST HEART	134
calcitonin (salmon)	70	carbidopa-levodopa	107	CENTRUM SPECIALIST VISION	134
CALCITRATE.....	125	carbidopa-levodopa er	107	CENTRUM ULTRA WOMENS	134
CALCITRENE.....	163	carbidopa-levodopa-entacapone	107	CENTRUM WOMEN	134
calcitriol.....	57	carboplatin	15	century	134
calcium.....	127	carboxymethylcellulose sod pf	89, 90	century mature	134
calcium + d	125	carboxymethylcellulose sodium	90	cephalexin	45
calcium + vitamin d3	125	CARDIOTEK RX	133	CERALYTE 70	124
calcium 500 + d	125	carglumic acid	66	CERASPORT	124
calcium 500 + d3	125	carisoprodol	108	CERASPORT EX1	124
calcium 500 +d	125	CARRINGTON ANTIFUNGAL	162	CERAVE	166
calcium 500/d	125, 126	carteolol hcl	87	CERAVE MOISTURIZING	166
calcium 500/vitamin d	126	CARTIA XT	50	CERAVE SA ROUGH & BUMPY	166
calcium 500+d	126	carvedilol	50	SKIN	166
calcium 500+d high potency	126	caspofungin acetate	40	CERDELGA	66
calcium 500+d3	126	castellani paint modified	162	CEREFOLIN	134
calcium 600.....	126	CAYSTON	40	CEREZYME	66
calcium 600 + d	126	c-chewable	133	CEROVITE ADVANCED FORMULA	134
calcium 600 high potency	126	cefaclor	44		

CEROVITE JR	134	clarithromycin	45	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	16
CEROVITE SENIOR	134	clarithromycin er	45	COMFORT ASSIST INSULIN	
certa plus	134	classic prenatal	135	SYRINGE	63
CERTA-VITE	134	CLEAR EYES NATURAL TEARS	90	companion	135
CERTAVITE SENIOR	134	CLEARLAX	76	COMPETE	135
CERTAVITE		clindamycin hcl	40	COMPLERA	39
SENIOR/ANTIOXIDANT	134	clindamycin palmitate hcl	40	complete	135
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS	134	clindamycin phosphate	41, 81, 160	complete allergy medicine	93
CETAPHIL MOISTURIZING	166	clindamycin phosphate in d5w	41	complete allergy relief	94
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND	166	clindamycin phosphate in nacl	41	complete multivitamin/mineral	135
cetirizine hcl	93	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	130	complete senior	135
cetirizine hcl allergy child	93	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	130	COMPRO	73
cetirizine hcl childrens	93	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	130	constulose	76
cetirizine hcl childrens alrgy	93	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	130	COPIKTRA	16
cetirizine-pseudoephedrine er	100	clinimix/dextrose (6/5)	130	coq10	122
cevimeline hcl	159	clinimix/dextrose (8/10)	130	coq-10	122
charcoal	66	clinimix/dextrose (8/14)	130	CORLANOR	53
CHATEAL	58	CLINISOL SF	130	CORVITA	135
CHEMET	57	CLINOLIPID	130	CORVITA 150	84
chest congestion relief	100	clobazam	108, 109	CORVITE 150	84
chest congestion relief dm	100	clobetasol propionate	164	corvite fe	84
chewable vite childrens	135	clobetasol propionate e	164	COTELLIC	17
childrens acetaminophen	33	clomipramine hcl	113	cough dm	100
CHILDRENS ADVIL	29	clonazepam	109	cough dm childrens	100
childrens animal shapes	135	clonidine	53	cough/chest congestion dm	100
childrens apap	33	clonidine hcl	53	cream base	55
childrens chew multivitamin	135	clopidogetrel bisulfate	87	CREON	76
childrens chewable multi vits	135	clorazepate dipotassium	109	cromolyn sodium	74, 87, 97
childrens chewable vitamins	135	CLORPACTIN	166	CRYSELLE-28	58
childrens gummies	135	clotrimazole	82, 160, 162	CULTURELLE PROBIOTICS +	
childrens ibuprofen	29	clotrimazole 3	82	MULTIV	135
childrens loratadine	93	clotrimazole anti-fungal	162	cupric chloride	130
childrens multivitamin	135	clotrimazole athletes foot	162	CVS AIRSHIELD	135
childrens silapap	33	clotrimazole-betamethasone	162	CVS AIRSHIELD IMMUNITY	
chlorhexidine gluconate	159	clozapine	115	SUPPORT	135
chlorhist	93	co q 10	122	cvs b complex plus c	135
chloroquine phosphate	42	co q 10	122	cvs b-1	135
chlorpheniramine maleate	93	co q-10	122	cvs b6	135
chlorpromazine hcl	115	COARTEM	42	cvs biotin	135
chlorthalidone	52	coconut oil beauty	166	cvs calcium carbonate	127
cholestyramine	49	cod liver oil	135	cvs calcium citrate +d	127
cholestyramine light	49	coditussin ac	100	cvs calcium citrate +d3 mini	127
CHROMAGEN	84	coditussin dac	100	cvs calcium citrate+d3	127
chromic chloride	130	coenzyme q10	122	cvs calcium citrate+d3 petites	127
ciclopirox olamine	162	coenzyme q-10	122	cvs chewable c with rose hips	135
cilostazol	83	co-enzyme q10	122	cvs chewable childrens vitamin	135
CILOXAN	88	co-enzyme q-10	122	cvs childrens complete	135
CIMDUO	39	COLACE	76	cvs coenzyme q-10	122
cinacalcet hcl	66	COLACE 2-IN-1	76	cvs cough dm	100
CIPRO	46	colchicine	37	cvs d3	135
ciprofloxacin hcl	46, 88	colchicine-probenecid	37	cvs daily gummies	135
ciprofloxacin in d5w	46	colesevelam hcl	49	cvs daily gummies adult	135
ciprofloxacin-dexamethasone	92	colestipol hcl	49	cvs daily multiple for men	135
cisplatin	15	colistimethate sodium (cba)	41	cvs daily multiple for women	135
citalopram hydrobromide	113	COMBIGAN	87	cvs daily multiple women 50+	135
CITRACAL MAXIMUM	127	COMBIVENT RESPIMAT	97	cvs e	135
CITRACAL PETITES/VITAMIN D	127	COMETRIQ (100 MG DAILY		cvs electrolyte solution	124
citrus calcium +d	127	DOSE)	16	cvs eye health & lutein	135
citrus calcium/vitamin d	127	COMETRIQ (140 MG DAILY		cvs eye health adult 50+	135
CLARAVIS	160	DOSE)	16	cvs folic acid	136

cvs gauze sterile.....	63	d 2000.....	137	DERMACINRX FOLTAMIN	138
cvs glucose.....	56	d 400.....	137	DERMACINRX RIBOTIN-E	138
cvs gummy dinos.....	136	d 5000.....	137	DERMACINRX ZINTREXYL-C	138
cvs gummy multivitamin kids.....	136	d-1000 extra strength.....	137	DERMAFUNGAL	162
cvs iron.....	84	d2000 ultra strength.....	137	DESCOVY	39
cvs jock itch.....	162	d3.....	137	DESENEX.....	162
CVS KETONE CARE	66	d3 high potency.....	137	desipramine hcl.....	113
cvs lice treatment.....	165	d3 maximum strength.....	137	desmopressin ace spray refrigerated	67
cvs magnesium.....	127	d3 super strength.....	137	desmopressin acetate	67
cvs magnesium oxide.....	127	d3 vitamin.....	137	desmopressin acetate pf.....	67
cvs mens daily gummies.....	136	d3-1000.....	137	desmopressin acetate spray	67
cvs moisturizing.....	166	d-3-5.....	137	desogestrel-ethynodiol	58
cvs moisturizing extra dry.....	166	D3-50.....	137	desvenlafaxine succinate er	113
cvs one daily essential.....	136	d-400.....	137	dexamethasone	69
cvs one daily mens 50+ adv.....	136	d-5000.....	137	DEXAMETHASONE INTENSOL	69
cvs one daily mens formula.....	136	daily multi.....	137	dexamethasone sod phosphate pf	69
cvs one daily womens 50+ adv.....	136	daily multiple vitamins.....	137	dexamethasone sodium phosphate	89
cvs one daily womens formula.....	136	daily multiple vitamins/iron	137	dexamethylphenidate hcl	117
cvs oyster shell calcium+vit d	127	daily multivitamin	137	dextromethorphan hbr	100
cvs oyster shell calcium-vit d	127	daily value multivitamin	137	dextromethorphan polistirex er	100
cvs ped electrolyte freeze pop.....	124	daily vitamin	137	dextromethorphan-guaifenesin	100
cvs pediatric electrolyte	125	daily vitamin formula	137	dextrose	130
cvs pinworm treatment.....	41	daily vitamin formula+iron	137	dextrose 5%/electrolyte #48	123
cvs spectravite adult 50+.....	136	daily vitamin formula+minerals	137	dextrose in lactated ringers	123
cvs spectravite adults.....	136	daily vitamins	137	dextrose-nacl	123
cvs spectravite advanced.....	136	daily vite	137	dextrose-sodium chloride	123
cvs spectravite men.....	136	daily vite multivitamin/iron	137	diabetes health formula	138
cvs spectravite men 50+.....	136	daily vites	137	DIABETIC TUSSIN DM	101
cvs spectravite senior.....	136	daily vites/iron	137	DIABETIDERM	166
cvs spectravite ultra men 50+	136	daily-vite	137	DIABETIDERM FOOT	166
cvs spectravite ultra mens	136	daily-vite multivitamin	137	REJUVENATING	166
cvs spectravite ultra women.....	136	daily-vite/iron/beta-carotene	137	DIACOMIT	109
cvs spectravite women	136	dalfampridine er	107	DIALYVITE	138
cvs spectravite women 50+	136	danazol	68	DIALYVITE 3000	138
cvs spectravite womens senior.....	136	dantrolene sodium	108	DIALYVITE 5000	138
cvs super b complex/c	136	dapsone	41	DIALYVITE 800	138
cvs vision health	136	DAPTACEL	27	dialyvite 800/ultra d	138
cvs vitamin b12	136	daptomycin	41	DIALYVITE 800/ZINC	138
cvs vitamin b-12.....	136	DASETTA 1/35	58	DIALYVITE 800-ZINC 15	138
cvs vitamin c	136	DASETTA 7/7/7	58	DIALYVITE SUPREME D	138
cvs vitamin c-rose hips	136	DAURISMO	17	DIALYVITE VITAMIN D 5000	138
cvs vitamin d3	136	dayavite	137	DIALYVITE/ZINC	138
cvs vitamin e	136	DAYSEE	58	diamode	72
cvs womens active daily	136	DAYVIGO	118	diazepam	109
cvs womens daily gummies.....	136	DEBLITANE	58	DIAZEPAM INTENSOL	109
cvs zinc gluconate	127	DEBROX	169	diazoxide	56
cyanocobalamin	136	DECARA	137	diclofenac potassium	29
cyclobenzaprine hcl	108	DECUBI-VITE	138	diclofenac sodium	30, 89, 166
cyclophosphamide	15	deferasirox	57	diclofenac sodium er	29
cycloserine	38	deferasirox granules	57	dicloxacillin sodium	47
cyclosporine	26, 27	dekas bariatric	138	dicyclomine hcl	74
cyclosporine modified	27	DEKAS PLUS	138	diethylpropion hcl	120
cyproheptadine hcl	94	DEKAS PLUS OCEAN	138	diethylpropion hcl er	120
CYRED EQ	58	DELESTROGEN	68	DIFFERIN	160
CYSTADROPS	90	DELSTRIGO	39	DIFCID	45
CYSTAGON	66	DELSYM	100	diflunisal	30
CYSTARAN	90	DELSYM COUGH CHILDRENS	100	dilfluprednate	89
cytarabine	22	delta d3	138	digoxin	53
d 1000	136	DENGVAXIA	27	dihydroergotamine mesylate	119
d 10000	136	DERMABASE	166		

DILANTIN	109	D-VI-SOL	138	ENTRESTO	51
DILANTIN INFATABS	109	DYNA-HEX 4	166	enulose	77
diltiazem hcl	50	e 1000	138	EPCLUSA	43
diltiazem hcl er	50	E.E.S. 400	45	EPIDIOLEX	109
diltiazem hcl er beads	50	e200	138	epinephrine	97
diltiazem hcl er coated beads	50	e-200	138	epinephrine (anaphylaxis)	53
dilt-xr	51	e-400	138	EPITOL	109
DINO-LIFE	138	ear drops	169	EPIVIR HBV	43
diphen	94	ear drops earwax aid	169	eplerenone	48
diphenhist	94	earwax removal	169	EPRONTIA	109
diphenhydramine hcl	94	earwax removal kit	169	epsom salt	77
diphenhydramine hcl childrens	94	ec-naproxen	30	eq calcium 500+d	127
diphenhydramine-zinc acetate	166	ECOTRIN	33	eq calcium citrate+d	127
diphenoxylate-atropine	74	ECOTRIN LOW STRENGTH	33	eq complete multivit adult 50+	139
diphtheria-tetanus toxoids dt	27	ed chlorped jr	94	eq complete multivitamin child	139
dipyridamole	87	ed-a-hist dm	101	eq complete multivitamin-adult	139
disney cars gummies	138	ed-apap	33	eq cough dm	101
disney princess gummies	138	EDURANT	37	eq lice killing max st	165
disopyramide phosphate	48	efavirenz	37	eq multivitamin gummies	139
disulfiram	120	efavirenz-emtricitab-tenofo df	39	eq one daily mens 50+	139
divalproex sodium	109	efavirenz-lamivudine-tenofovir	39	eq one daily mens health	139
divalproex sodium er	109	ELDERTONIC	138	eq one daily womens health	139
DML FORTE	166	ELFOLATE PLUS	138	eq therapeutic moisturizing	167
docetaxel	23	ELIGARD	15	eql all day allergy	94
docu	77	ELINEST	58	eql allergy/congestion relief	101
DOCU LIQUID	77	ELIQUIS	83	eql antacid/anti-gas	71
docusate calcium	77	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 83	83	eql b complex 50	139
docusate mini	77	ELLENCE	22	eql b-6	139
docusate sodium	77	ELURYNG	58	eql calcium citrate/vitamin d	127
DOCUSOL MINI	77	EMCYT	15	eql calcium citrate/vitamin d3	127
DOCUSOL PLUS MINI-ENEMA	77	EMERGEN-C VITAMIN C	138	eql calcium/vitamin d	127
dofetilide	48	EMOLLIA-CREME	166	eql century	139
DOK	77	emollient base	55	eql century mature	139
donepezil hcl	112	EMOQUETTE	58	eql century mature adults 50+	139
DOPTELET	83	EMSAM	113	eql century mens	139
dorzolamide hcl	87	emtricitabine	37	eql child multivit/minerals	139
dorzolamide hcl-timolol mal	87	emtricitabine-tenofovir df	39	eql coq10	122
DOTTI	68	EMTRIVA	37	eql iron supplement therapy	84
DOVATO	39	EMVERM	41	eql one daily mens 50+ advance	139
doxazosin mesylate	48	enalapril maleate	54	eql one daily mens health	139
doxepin hcl	113, 118	enalapril-hydrochlorothiazide	52	eql one daily womens 50+ adv	139
doxorubicin hcl	22	ENBREL	24	eql slow release iron	84
doxorubicin hcl liposomal	22	ENBREL MINI	24	eql super b complex/vitamin c	139
DOXY 100	47	ENBREL SURECLICK	24	eql vision formula	139
doxycycline hyolate	47	ENDARI	84	eql vitamin b-12	139
doxycycline monohydrate	47, 48	ENDOCET	31	eql vitamin b-12 tr	139
DRISDOL	138	ENDUR-ACIN	138	eql vitamin c	139
DRIZALMA SPRINKLE	113	ENDUR-C	139	eql vitamin c/rose hips	139
dronabinol	73	enema	77	eql vitamin d3	139
drospiren-eth estrad-levomefol	58	enema ready-to-use	77	eql vitamin e	139
drospirenone-ethynodiol estradiol	58	ENEMEEZ MINI	77	ergocalciferol	139
DROXIA	83	ENEMEEZ PLUS	77	ergotamine-caffeine	119
droxidopa	53	ENFAMIL ENFALYTE	125	ERIVEDGE	17
DRY EYE FORMULA	138	ENGERIX-B	27, 28	ERLEADA	15
dry eye relief drops	90	enoxaparin sodium	83	erlotinib hcl	17
dss	77	ENPRESSE-28	58	ERRIN	58
duloxetine hcl	113	ENSKYCE	58	ertapenem sodium	41
DUPIXENT	24	ENSTILAR	164	ery	160
dutasteride	83	entacapone	107	ERY-TAB	45
dutasteride-tamsulosin hcl	83	entecavir	43	ERYTHROCIN LACTOBIONATE	45

ERYTHROCIN STEARATE	45	felodipine er.....	51	FLORIVA PLUS	140
erythromycin.....	46, 88, 160	FEMYNOR.....	59	FLOVENT DISKUS.....	99
erythromycin base.....	45, 46	fenofibrate	49	FLOVENT HFA.....	99
erythromycin ethylsuccinate	46	fenofibrate micronized	49	fluconazole	40
erythromycin lactobionate	46	fentanyl	31	fluconazole in sodium chloride	40
escitalopram oxalate	113	fentanyl citrate	31	flucytosine	40
esomeprazole magnesium	76	FERAHEME	84	fludrocortisone acetate	69
ESSENTIA.....	139	FERATE	85	flunisolide	99
essential balance	139	FERGON	85	fluocinolone acetonide	92, 164
ESTARYLLA.....	58	FERIVA 21/7	85	fluocinolone acetonide body	164
ESTER-C.....	139	FERIVAFYA	85	fluocinolone acetonide scalp	164
estradiol.....	68	ferocon	85	fluocinonide	164
estradiol valerate	68	FEROSUL	85	fluocinonide emulsified base	164
estradiol-norethindrone acet.....	68	FERRALET 90.....	85	fluorometholone	89
ESTROVEN MENOPAUSE SUPPLEMENT	139	ferretts.....	85	fluorouracil	22, 167
eszopiclone	118	FERREX 150	85	fluoxetine hcl	113
ethambutol hcl	38	ferric x-150.....	85	fluphenazine decanoate	115
ethosuximide	109	FERRLECIT	85	fluphenazine hcl	115
ethynodiol diac-eth estradiol	59	ferrous fumarate	85	flurbiprofen	30
etodolac	30	ferrous gluconate	85	flurbiprofen sodium	89
etodolac er	30	ferrous sulfate	85	fluticasone propionate	99, 164
etonogestrel-ethynodiol estradiol	59	fesoterodine fumarate er	81	fluvoxamine maleate	108
etoposide	23	FETZIMA	113	folate	140
etravirine	37	FETZIMA TITRATION	113	folbee	140
EUCERIN ADVANCED REPAIR HAND	167	FEVERALL ADULTS	34	folbee plus	140
EUCERIN CALMING DAILY MOIST	167	FEVERALL CHILDRENS	34	FOLBIC	140
EUCERIN PLUS	167	FEVERALL INFANTS	34	folic acid	140
EUCERIN SKIN CALMING	167	FEVERALL JUNIOR STRENGTH ..	34	FOLIFLEX	140
EULEXIN	15	fexofenadine hcl	94	folika-mg	140
EUTHYROX	56	FIASP	63	FOLITAB 500	85
EVAC-U-GEN	77	FIASP FLEXTOUCH	63	folite	140
everolimus	17, 27	FIASP PENFILL	63	FOLITIN-Z	140
EVOTAZ	39	fiber	77	FOLIVANE-F	85
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE	63	fiber laxative	77	FOLIVANE-PLUS	85
exemestane	15	fiber laxative + calcium	77	FOLIXAPURE	140
EXKIVITY	17	fiber-lax	77	folplex 2.2	140
eye health + lutein	139	finasteride	83	FOLTABS 800	140
eye multivitamin/lutein	139	fingolimod hcl	107	FOLTANX	140
eye multivitamin/sodium	140	FINTEPLA	110	FOLTRATE	140
eyeprotect	140	FINZALA	59	FOLTREXYL	140
EYSUVIS	89	first aid antibiotic	161	fondaparinux sodium	83
ezetimibe	49	first aid antiseptic	167	FORTAVIT	141
ezetimibe-simvastatin	49	FLAC	92	FORTEO	70
fabb	140	FLAREX	89	fosamprenavir calcium	37
FABRAZYME	67	FLEBOGAMMA DIF	26	FOSFREE	141
FALMINA	59	flecainide acetate	48	fosinopril sodium	54
famciclovir	43	FLEET ENEMA	77	fosinopril sodium-hctz	52
famotidine	70	FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA	140	FOTIVDA	17
famotidine (pf)	70	FLINTSTONES COMPLETE	140	FREAMINE III	130
famotidine premixed	70	FLINTSTONES GUMMIES	140	freedavite	141
FANAPT	115	FLINTSTONES GUMMIES BONE	140	fruit c 500	141
FANAPT TITRATION PACK	115	BUILD	140	fruity c	141
FARXIGA	64	FLINTSTONES GUMMIES	140	fruity chews	141
FASENRA	97	FLINTSTONES SOUR GUMMIES ..	140	full spectrum b/vitamin c	141
FASENRA PEN	97	FLINTSTONES W/IRON	140	fulvestrant	15
felbamate	109	FLINTSTONES/MY FIRST	140	FUNGOID TINCTURE	162
				furosemide	52
				FUSION	85
				FUSION PLUS	85
				FUZEON	37

FYAVOLV	68	glipizide	65	gnp clotrimazole 3	82
FYCOMPA	110	glipizide er	64, 65	gnp co q10	122
gabapentin	110	glipizide xl	65	gnp cough dm er	101
galantamine hydrobromide	112	glipizide-metformin hcl	65	gnp cough gels	101
galantamine hydrobromide er	112	global alcohol prep ease	63	gnp d 1000	141
GAMASTAN	26	GLUCO BURST	56	gnp diabetic support formula	141
GAMMAGARD	26	glucoten	141	gnp ear drops	169
GAMMAGARD S/D LESS IGA	26	GLUTOSE 5	56	gnp earwax removal drops	169
GAMMAKED	26	glycerin (adult)	77	gnp earwax removal kit	169
GAMMAPLEX	26	glycerin (infants & children)	77	gnp electrolyte solution	125
GAMUNEX-C	26	glycerin adult	77	gnp epsom salt	78
ganciclovir sodium	43	glycerin childrens	77	gnp essential one daily	141
GARDASIL 9	28	GLYCOLAX	78	gnp fiber-caps	78
gas relief	74	glycopyrrrolate	74	gnp folic acid	141
gas relief drops infants	74	GLYDO	161	gnp gas relief	74
gas relief extra strength	74	GLYXAMBI	65	gnp gas relief extra strength	74
gas relief infants	74	gnp 8 hour arthritis relief	34	gnp gentle laxative	78
gas relief ultra strength	74	gnp 8 hour pain relief	34	gnp glycerin (adult)	78
GAS-X EXTRA STRENGTH	74	gnp 8 hour pain reliever	34	gnp glycerin child	78
GAS-X ULTRA STRENGTH	74	gnp acetaminophen	34	gnp hair/skin/nails	141
gatifloxacin	88	gnp acetaminophen ex st	34	gnp healthy eyes	141
GATTEX	74	gnp all day allergy	94	gnp healthy eyes supervision	141
gavilax	77	gnp all day allergy childrens	94	gnp ibuprofen childrens	30
GAVILYTE-C	77	gnp all day allergy-d	101	gnp ibuprofen infants	30
GAVILYTE-G	77	gnp allergy	94	gnp infant gas relief	74
GAVRETO	17	gnp allergy & congestion	101	gnp infants pain/fever	34
gemcitabine hcl	22	gnp allergy childrens	94	gnp iron	85
gemfibrozil	49	gnp allergy relief	94	gnp k-pec	72
GEMTESA	81	gnp allergy relief 24 hr	94	gnp laxative	78
genadek step 1	141	gnp allergy relief max st	94	gnp lice treatment	165
genadek step 2	141	gnp allergy/congestion relief	101	gnp lidocaine pain relief	167
generlac	77	gnp antacid & anti-gas	71	gnp little ones childrens	141
GENGRAF	27	gnp antacid regular strength	71	gnp loratadine	94
GENOTROPIN	67	gnp antibacterial urinary pain	41	gnp loratadine childrens	94
GENOTROPIN MINIQUICK	67	gnp anti-diarrheal	72	gnp lubricating plus eye drops	90
GENTAK	88	gnp anti-gas	74	gnp mega multi for men	141
gentamicin in saline	41	gnp anti-itch	167	gnp mega multi for women	141
gentamicin sulfate	41, 88, 161	gnp antiseptic skin cleanser	167	gnp melatonin	122
GENTEAL SEVERE	90	gnp arthritis pain relief	34	gnp melatonin maximum strength	122
GENTEAL TEARS	90	gnp artificial tears	90	gnp miconazole 3	82
GENTEAL TEARS MODERATE PF	90	gnp aspirin	34	gnp miconazole 7	82
GENTEAL TEARS PF	90	gnp aspirin low dose	34	gnp miconazorb af	162
GENTEAL TEARS SEVERE	90	gnp athletes foot	162	gnp milk of magnesia	78
DAY/NIGHT	90	gnp bacitracin zinc	161	gnp mucus er	101
gentle laxative	77	gnp biotin	141	gnp mucus relief	101
gentlelax	77	gnp calamine	167	gnp nasal decongestant	101
GENVOYA	39	gnp calcium	127	gnp nasal decongestant pe	101
GERBER GROW MIGHTY	141	gnp calcium 500 +d3	127	gnp nasal four spray	101
geri-dryl	94	gnp calcium citrate +d3	127	gnp nasal spray	101
geri-kot	77	gnp capsaicin	167	gnp nasal spray extra moist	101
geri-lanta	71	gnp century	141	gnp nasal spray fast acting	101
geri-lanta maximum strength	71	gnp century adults 50+ senior	141	gnp natural fiber	78
geri-mox	71	gnp century cardio health	141	gnp nicotine	120
geri-pectate	72	gnp century mature	141	gnp nicotine mini	120
gerivite complete	141	gnp century ultimate mens	141	gnp nicotine polacrilex	120
GILOTTRIF	17	gnp century ultimate womens	141	gnp no drip nasal spray	101
glatiramer acetate	107	gnp childrens allergy	94	gnp nose drops extra strength	101
GLATOPA	108	gnp childrens complete	141	gnp one daily maximum	141
GLEOSTINE	15	gnp childrens ibuprofen	30	gnp one daily mens health 50+	141
glimepiride	64	GNP CLEARLAX	78	gnp one daily mens/lycopene	141

gnp one daily plus iron	141	goodsense bisacodyl laxative	78	HEALTHYLAX	78
gnp one daily womens	141	GOODSENSE CLEARLAX	78	HEATHER	59
gnp one daily womens 50+	141	goodsense cough dm	101	h-e-b oral electrolyte	125
gnp pain & fever childrens	34	goodsense cough dm childrens	101	hematinic/folic acid	85
gnp pain & fever infants	34	goodsense epsom salt	78	HEMATOGEN	85
gnp pain relief	34	goodsense ibuprofen childrens	30	HEMATOGEN FA	85
gnp pain relief extra strength	34	goodsense ibuprofen infants	30	HEMATOGEN FORTE	85
gnp pain relief nighttime	120	goodsense lubricating eye drop	90	HEMOCYTE PLUS	85
gnp pediatric electrolyte	125	goodsense mucus er maximum str	102	HEMOCYTE-F	85
gnp petroleum jelly	55	goodsense nicotine	120	heparin (porcine) in nacl	83
gnp pink bismuth	72	goodsense pain & fever child	34	heparin sod (porcine) in d5w	83
gnp prenatal	141	goodsense pain & fever infants	34	heparin sodium (porcine)	83
gnp pseudoephedrine hcl 12 hr	101	goodsense pain relief	34	HEPLISAV-B	28
gnp senna lax	78	goodsense pain relief extra st	34	HERCEPTIN	17
gnp senna plus	78	goodsense senna laxative	78	HERCEPTIN HYLECTA	17
gnp stomach relief	72	goodsense stimulant laxative	78	HERZUMA	17
gnp stool softener	78	goodsense stomach relief	72	HIBERIX	28
gnp stool softener ex st	78	goodsense tussin cf	102	high pot multivitamin/beta-car	143
gnp stool softener/laxative	78	goodsense ultra lubricant drop	90	high potency multivit/fa	143
gnp suphedrin	101	granisetron hcl	73	high potency multivitamin	143
gnp terbinafine hydrochloride	162	grape flavor	55	HISTEX-AC	102
gnp therapeutic-m	142	griseofulvin microsize	40	hm acetaminophen childrens	35
gnp tolnaftate	162	griseofulvin ultramicrosize	40	hm adult aspirin	35
gnp triple antibiotic	161	guaiatussin ac	102	hm advanced antacid max st	71
gnp triple antibiotic plus	161	guaifenesin	102	hm all day allergy	94
gnp tussin of cough & cold	101	guaifenesin ac	102	hm all day allergy childrens	94
gnp tussin cough long acting	101	guaifenesin-codeine	102	hm allergy & congestion	102
gnp tussin dm	101	guaifenesin-dm	102	hm allergy complete-d	102
gnp tussin dm cough	101	guanfacine hcl	53	hm allergy relief	95
gnp tussin mucus & chest cong	101	guanfacine hcl er	117	hm allergy relief (cetirizine)	94
gnp vitamin a	142	GUMMI BEAR		hm allergy relief childrens	95
gnp vitamin b-1	142	MULTIVITAMIN/MIN	142	hm allergy relief/nasal decong	102
gnp vitamin b-12	142	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	56	hm animal shapes	143
gnp vitamin b-6	142	GVOKE KIT	56	hm antacid	71
gnp vitamin c	142	GVOKE PFS	57	hm antacid anti-gas ex st	71
gnp vitamin c drops	142	H2Q	122	hm anti-diarrheal	72
gnp vitamin c w/rose hips	142	HAEGARDA	84	hm antioxidant vitamins	143
gnp vitamin c/rose hips	142	HAILEY 1.5/30	59	hm antiseptic skin cleanser	167
gnp vitamin d	142	HAILEY 24 FE	59	hm arthritis pain relief	35
gnp vitamin d maximum strength	142	hair formula extra strength	142	hm aspirin	35
gnp vitamin d super strength	142	hair skin & nails advanced	142	hm aspirin ec	35
gnp vitamin d3	142	hair skin nails	142	hm aspirin ec low dose	35
gnp vitamin d3 extra strength	142	hair/skin/nails	142	hm bacitracin zinc	161
gnp vitamin d-400	142	hair/skin/nails/biotin	142	hm biotin	143
gnp vitamin e	142	HALLS DEFENSE VITAMIN C		hm calamine	167
gnp womens gentle laxative	78	DROPS	142	hm calcium citrate+d3 petite	127
gnp zinc oxide	167	halobetasol propionate	165	hm calcium citrate+vitamin d	128
GOLD BOND ULTIMATE		haloperidol	115	hm calcium-vitamin d	128
HEALING	167	haloperidol decanoate	115	hm cetirizine hcl	95
GOLYTELY	78	haloperidol lactate	115	HM CLEARLAX	78
GONAK	90	HARVONI	43	hm complete	143
goodsense all day allergy	94	HAVRIX	28	hm complete 50+	143
goodsense aller-ease	94	healthy eyes	142	hm complete 50+ mens ultimate	143
goodsense allergy relief	94	healthy eyes supervision 2	142	hm complete 50+ women ultimate	143
goodsense antacid & gas relief	71	healthy eyes/lutein	142	hm complete men	143
goodsense arthritis pain	34	healthy eyes/lutein-zeaxanthin	142	hm complete women	143
goodsense artificial tears	90	healthy hair/skin/nails	142	hm coq10	122
goodsense aspirin	34	healthy kids gummies	142	hm cough dm	102
goodsense aspirin adults	34	HEALTHY MAMA SHAKE THAT		hm dry eye relief	90
goodsense aspirin low dose	34	ACHE	35	hm enema	78

hm fexofenadine hcl.....	95	hm vitamin e.....	143	imipenem-cilastatin.....	41
hm folic acid.....	143	hm womens 50+ advanced daily...	143	imipramine hcl.....	113
hm gas relief.....	74	HUMIRA.....	24	imiquimod.....	167
hm gas relief extra strength.....	74	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS		immune support.....	143
hm gas relief infants drops.....	74	START.....	24	IMMUNERX.....	144
hm gentle laxative.....	78	HUMIRA PEN.....	24	IMOVAZ RABIES.....	28
hm hair/skin/nails.....	143	HUMIRA PEN-CD/UC/HS		INCASSIA.....	59
hm ibuprofen childrens.....	30	STARTER.....	24	INCRELEX.....	67
hm ibuprofen infants.....	30	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC		INCRUSE ELLIPTA.....	92
hm laxative.....	78	START.....	24	indapamide.....	53
hm lice killing max st.....	165	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS		INFANRIX.....	28
hm lice treatment.....	165	START.....	24	INFANTS ADVIL.....	30
hm lidocaine patch.....	167	HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT		infants gas relief.....	75
hm loratadine.....	95	STARTER.....	24	infants ibuprofen.....	30
hm loratadine childrens.....	95	HUMULIN R U-500		infants simethicone.....	75
hm lubricating plus.....	90	(CONCENTRATED).....	63	INFED.....	85
hm lubricating tears.....	90	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	63	infliximab.....	24
hm mens 50+ advanced one daily.	143	HYCODAN.....	102	INFUVITE ADULT.....	144
hm milk of magnesia.....	78	hydralazine hcl.....	53	INFUVITE PEDIATRIC.....	144
hm mucus relief.....	102	HYDRALYTE.....	125	INGREZZA.....	118
hm mucus relief max st.....	102	HYDRASYN25.....	167	INJECTAFER.....	85
hm nasal decongestant.....	102	hydrochlorothiazide.....	52, 53	INLYTA.....	18
hm nasal decongestant 12 hour.....	102	hydrocodol poli-chlorphe poli er.....	102	INQOVI.....	22
hm nasal decongestant pe.....	102	hydrocodone bitartrate er.....	31	INREBIC.....	18
hm nasal spray.....	102	hydrocodone bit-homatrop mbr.....	102	INTEGRA.....	86
hm niacin.....	143	hydrocodone-acetaminophen.....	32	INTEGRA F.....	86
hm niacin tr.....	143	hydrocodone-ibuprofen.....	32	INTEGRA PLUS.....	86
hm nicotine.....	120	hydrocortisone.....	69, 76, 165	INTELENCE.....	37
hm nicotine polacrilex.....	120	hydrocortisone (perianal).....	167	INTRALIPID.....	130
hm nose drops.....	102	hydromet.....	102	INTRON A.....	26
hm one daily mens.....	143	hydromorphone hcl.....	32	INTROVALE.....	59
hm one daily womens.....	143	hydrous emulsified base.....	55	INVEGA HAFYERA.....	115
hm pain & fever childrens.....	35	hydroxocobalamin acetate.....	143	INVEGA SUSTENNA.....	115
hm pain & fever infants.....	35	hydroxychloroquine sulfate.....	25	INVEGA TRINZA.....	115
hm pain relief.....	35	hydroxyurea.....	22	IPOL.....	28
hm pain relief extra strength.....	35	hydroxyzine hcl.....	95	ipratropium bromide.....	92, 93
hm pain relieve child dye-free.....	35	hydroxyzine pamoate.....	95	ipratropium-albuterol.....	97
hm pain reliever.....	35	hylazinc.....	143	irbesartan.....	48
hm pain reliever childrens.....	35	HYSINGLA ER.....	31	irbesartan-hydrochlorothiazide.....	52
hm pain reliever infants.....	35	ibandronate sodium.....	70	IRESSA.....	18
hm pediatric electrolyte.....	125	IBRANCE.....	17	irinotecan hcl.....	23
hm petroleum jelly.....	55	IBU.....	30	iron.....	86
hm povidone-iodine	167	ibuprofen.....	30	iron 27.....	86
hm senna.....	78	ibuprofen childrens.....	30	iron chews pediatric.....	86
hm sinus nasal spray.....	102	ibuprofen infants.....	30	iron high-potency.....	86
hm stomach relief.....	72	ibuprofen junior strength.....	30	iron supplement.....	86
hm stool softener.....	79	ICAPS.....	143	IS-D 10,000.....	144
hm stool softener/laxative	79	ICAPS AREDS FORMULA.....	143	ISENTRESS.....	37
hm super vitamin b complex/c.....	143	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	143	ISENTRESS HD.....	37
hm triple antibiotic.....	161	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN ..	143	ISIBLOOM.....	59
hm triple antibiotic max st.....	161	ICAPS MV	143	ISOLYTE-P IN D5W.....	123
hm tussin adult.....	102	ICAR.....	85	ISOLYTE-S.....	123
hm tussin adult dm.....	102	icatibant acetate.....	84	ISOLYTE-S PH 7.4	123
hm tussin adult multi-symptom	102	ICLEVIA.....	59	isoniazid.....	38, 39
hm vitamin b-12.....	143	ICLUSIG.....	17	ISOPTO ATROPINE.....	90
hm vitamin b6.....	143	IDHIFA.....	17	ISOPTO TEARS.....	90
hm vitamin c	143	IFEREX 150.....	85	isosorbide dinitrate.....	54
hm vitamin c/rose hips.....	143	ILEVRO.....	89	isosorbide mononitrate	54
hm vitamin d	143	imatinib mesylate	17	isosorbide mononitrate er.....	54
hm vitamin d3.....	143	IMBRUVICA.....	17, 18	isotretinoin.....	160

<i>isradipine</i>	51	KLOR-CON M10	124	<i>laxacin</i>	79
<i>itch relief extra strength</i>	167	KLOR-CON M15	124	<i>laxative</i>	79
<i>itraconazole</i>	40	KLOR-CON M20	124	<i>laxative max str</i>	79
<i>ivermectin</i>	41	KLS ALLERCLEAR D-24HR	103	LAYOLIS FE	59
<i>i-vite</i>	144	KLS ALLER-TEC D	103	<i>leader finger cream</i>	167
<i>i-vite protect</i>	144	kobee	144	LEENA	59
IXIARO	28	<i>konsyl daily fiber</i>	79	<i>leflunomide</i>	25
JAKAFI	18	KORLYM	67	<i>lenalidomide</i>	23
JANTOVEN	83	<i>kp adults 50+ daily formula</i>	144	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	18
JANUMET	65	<i>kp adults daily formula</i>	144	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	18
JANUMET XR	65	<i>kp b complex-c</i>	144	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	18
JANUVIA	65	<i>kp bisacodyl</i>	79	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	18
JARDIANCE	65	<i>kp calcium 600+d</i>	128	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	18
JASMIEL	59	<i>kp calcium citrate+d</i>	128	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	18
JAVYGTOR	67	<i>kp calcium-magnesium-zinc</i>	128	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	19
JAYPIRCA	18	<i>kp ferrous gluconate</i>	86	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	19
JENTADUETO	65	<i>kp ferrous sulfate</i>	86	LESSINA	59
JENTADUETO XR	65	<i>kp folic acid</i>	144	<i>letrozole</i>	15
JINTELI	68	<i>kp melatonin</i>	122	<i>leucovorin calcium</i>	22
JOLESSA	59	<i>kp mens 50+ daily formula</i>	144	LEUKERAN	15
JULEBER	59	<i>kp mens daily formula</i>	144	<i>leuprolide acetate</i>	15
JULUCA	39	<i>kp niacin</i>	144	<i>levalbuterol hcl</i>	96
JUNEL 1.5/30	59	<i>kp prenatal multivitamins</i>	144	<i>levalbuterol tartrate</i>	96
JUNEL 1/20	59	<i>kp pseudoephedrine hcl</i>	103	LEVEMIR	63
JUNEL FE 1.5/30	59	<i>kp senna</i>	79	LEVEMIR FLEXPEN	63
JUNEL FE 1/20	59	KP VISION FORMULA	144	LEVEMIR FLEXTOUCH	63
JUNEL FE 24	59	KP VISION FORMULA/LUTEIN	144	<i>levetiracetam</i>	110
<i>just 4 kidz multivit/probiotic</i>	144	<i>kp vitamin b-12</i>	144	<i>levetiracetam er</i>	110
JUST D	144	<i>kp vitamin b-6</i>	144	<i>levetiracetam in nacl</i>	110
KACDYLA	18	<i>kp vitamin d</i>	144	<i>levobunolol hcl</i>	87
KAITLIB FE	59	<i>kp vitamin d3</i>	144	<i>levocarnitine</i>	67
KALYDECO	97, 98	<i>kp womens 50+ daily formula</i>	144	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	95
KANJINTI	18	<i>kp womens daily formula</i>	144	<i>levofloxacin</i>	46
KARIVA	59	K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL		<i>levofloxacin in d5w</i>	46
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	123	ST	144	LEVONEST	59
KELNOR 1/35	59	KRAZATI	18	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	60
KELNOR 1/50	59	KURVELO	59	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	60
KERADAN	167	KYNMOBI	107	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	60
KERENDIA	48	<i>labetalol hcl</i>	50	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	60
KERR TRIPLE DYE SWABS	167	<i>lacosamide</i>	110	LEVORA 0.15/30 (28)	60
KESIMPTA	108	<i>lactated ringers</i>	123	LEVO-T	56
<i>ketoconazole</i>	40, 162, 164	LACTINOL HX	167	<i>levothyroxine sodium</i>	56
KETO-DIASTIX	67	<i>lactulose</i>	79	LEVOXYL	56
<i>ketorolac tromethamine</i>	89	<i>lactulose encephalopathy</i>	79	LEXIVA	37
KEVZARA	25	LAMISIL AT	163	<i>lice killing</i>	165
KEYTRUDA	18	<i>lamivudine</i>	37, 43	<i>lice killing maximum strength</i>	165
KINDERLYTE	125	<i>lamivudine-zidovudine</i>	39	<i>lice treatment creme rinse</i>	165
KINDERLYTE PREMAX	125	<i>lamotrigine</i>	110	<i>lidocaine</i>	161
KINRIX	28	<i>lamotrigine er</i>	110	<i>lidocaine hcl</i>	37, 161
KISQALI (200 MG DOSE)	18	<i>lansoprazole</i>	76	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	37
KISQALI (400 MG DOSE)	18	LANTUS	63	<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	161
KISQALI (600 MG DOSE)	18	LANTUS SOLOSTAR	63	<i>lidocaine pain relief</i>	167
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	23	<i>lapatinib ditosylate</i>	18	<i>lidocaine pain relieving</i>	167
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	23	LARIN 1.5/30	59	<i>lidocaine viscous hcl</i>	160
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	23	LARIN 1/20	59	<i>lidocaine-prilocaine</i>	161
KLOR-CON	124	LARIN 24 FE	59	LILLOW	60
KLOR-CON 10	124	LARIN FE 1.5/30	59	<i>linezolid</i>	41
		LARIN FE 1/20	59	<i>linezolid in sodium chloride</i>	41
		<i>latanoprost</i>	87	LINZESS	75
		LATUDA	115, 116	<i>liothyronine sodium</i>	56

<i>liquid acetaminophen</i>	35	MACULAR HEALTH FORMULA	144	MENVEO	28
<i>liquid allergy relief</i>	95	MACUVITE	144	MEPHYTON	145
<i>liquid pain relief</i>	35	MACUVITE EYE CARE	144	<i>mercaptopurine</i>	22
<i>lisinopril</i>	54	MACUVITE/LUTEIN	144	MERIBIN	145
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	52	MAG64	128	<i>meropenem</i>	41
<i>lithium carbonate</i>	118	<i>mag-al plus</i>	71	<i>mesalamine</i>	76
<i>lithium carbonate er</i>	118	<i>mag-al plus xs</i>	71	<i>mesalamine er</i>	76
<i>L-methylfolate calcium</i>	144	MAGDELAY	128	<i>mesalamine-cleanser</i>	76
<i>L-methylfolate-b6-b12</i>	144	<i>magdelay</i>	128	MESNEX	22
<i>L-methyl-mc</i>	144	<i>mag-g</i>	128	METADATE ER	117
<i>L-methyl-mc nac</i>	144	MAGNEBIND 300	128	METAFOLBIC	145
LOESTRIN 1.5/30 (21)	60	MAGNEBIND 400	128	METAFOLBIC PLUS	145
LOESTRIN 1/20 (21)	60	<i>magnesium gluconate</i>	128	<i>metformin hcl</i>	65
LOESTRIN FE 1.5/30	60	<i>magnesium oxide</i>	71, 128	<i>metformin hcl er</i>	65
LOESTRIN FE 1/20	60	<i>magnesium sulfate</i>	123	<i>methadone hcl</i>	31
<i>lohist-dm</i>	103	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	123	METHADONE HCL INTENSOL	31
LOKELMA	57	MAGNESIUM-OXIDE	128	<i>methazolamide</i>	53
LOMAIRA	120	MAGOX 400	128	<i>methenamine hippurate</i>	41
LONSURF	22	<i>malathion</i>	165	<i>methimazole</i>	56
<i>loperamide hcl</i>	73, 75	<i>manganese chloride</i>	128	<i>methocarbamol</i>	108
<i>lopinavir-ritonavir</i>	39	<i>mapap</i>	35	<i>methotrexate sodium</i>	22, 25
<i>loradamed</i>	95	<i>mapap arthritis pain</i>	35	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	22
<i>loratadine</i>	95	MAPAP CHILDRENS	35	<i>methylphenidate hcl</i>	118
<i>loratadine childrens</i>	95	<i>maraviroc</i>	38	<i>methylphenidate hcl er</i>	118
<i>loratadine-d 12hr</i>	103	MAR-COF CG EXPECTORANT	103	<i>methylprednisolone</i>	69
<i>loratadine-d 24hr</i>	103	<i>marlissa</i>	60	<i>methylprednisolone acetate</i>	69
<i>lorazepam</i>	108	MARPLAN	113	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	69
LORAZEPAM INTENSOL	108	MATULANE	23	<i>metoclopramide hcl</i>	73
LORBRENA	19	MAVYRET	43	<i>metolazone</i>	53
LORYNA	60	MAXIMUM D3	144	<i>metoprolol succinate er</i>	50
<i>losartan potassium</i>	48	<i>maximum daily green</i>	145	<i>metoprolol tartrate</i>	50
<i>losartan potassium-hctz</i>	52	<i>maxi-tuss ac</i>	103	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	51
LOTEMAX	89	<i>maxi-tuss cd</i>	103	<i>metronidazole</i>	41, 82, 167
<i>lovastatin</i>	49	<i>maxi-tuss g</i>	103	<i>metyrosine</i>	53
LOW-OGESTREL	60	<i>maxi-tuss gmx</i>	103	<i>mgo</i>	128
<i>loxapine succinate</i>	116	<i>m-clear wc</i>	103	<i>micafungin sodium</i>	40
<i>lubricant eye drops</i>	90	<i>m-dryl</i>	95	<i>miconazole 3 combo pack app</i>	82
<i>lubricant eye drops (pf)</i>	90	<i>meclizine hcl</i>	73	<i>miconazole 3 combo-supp</i>	82
<i>lubricant eye drops pf</i>	90	<i>medi-first triple antibiotic</i>	161	<i>miconazole 7</i>	82
<i>lubricating eye drops</i>	90	MEDPURA ZINC OXIDE	167	<i>miconazole antifungal</i>	163
<i>lubricating plus eye drops</i>	90	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	60, 69	<i>miconazole nitrate</i>	82, 163
<i>lubricating tears eye drops</i>	91	<i>mefloquine hcl</i>	43	MICOTRIN AC	163
LUMAKRAS	19	MEGA MULTI MEN	145	MICOTRIN AP	163
LUMIGAN	87	<i>mega vm-80</i>	145	<i>microderm base</i>	55
LUMIZYME	67	<i>megavite fruits & veggies</i>	145	MICROGESTIN 1.5/30	60
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	15	<i>megavite golden years 55+</i>	145	MICROGESTIN 1/20	60
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	16	<i>megestrol acetate</i>	16, 69	MICROGESTIN 24 FE	60
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	67	MEKINIST	19	MICROGESTIN FE 1.5/30	60
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	67	MEKTOVI	19	MICROGESTIN FE 1/20	60
<i>lurasidone hcl</i>	116	<i>melatonin</i>	55, 122	MICROSOME BASE	55
LUTERA	60	<i>melatonin maximum strength</i>	122	<i>midodrine hcl</i>	53
LYLEQ	60	<i>meloxicam</i>	30	<i>milaglutat</i>	67
LYLLANA	68	<i>memantine hcl</i>	112	MILI	60
LYNPARZA	19	<i>memantine hcl er</i>	112	<i>milk of magnesia</i>	79
LYSIPLEX PLUS	144	MENACTRA	28	MILLTRIUM SENIOR	145
LYSODREN	16	MENQUADFI	28	MIMVEY	68
<i>lytgobi (12 mg daily dose)</i>	19	<i>mens 50+ advanced</i>	145	<i>minocycline hcl</i>	48
<i>lytgobi (16 mg daily dose)</i>	19	<i>mens daily formula/lycopene</i>	145	<i>minoxidil</i>	53
<i>lytgobi (20 mg daily dose)</i>	19	<i>mens multi vitamin & mineral</i>	145	MINTOX	71
LYZA	60	<i>mens multivitamin</i>	145	<i>mintox maximum strength</i>	71

MINTOX PLUS	71	MULTIGEN PLUS	86	mynephrocaps	147
MIRALAX	79	multilex	145	MYNEPHRON	147
mirtazapine	113	multilex-t	145	MYORISAN	160
misoprostol	75	multiple vit/minerals/no iron	145	MYRBETRIQ	81
MITIGARE	37	multiple vitamin	145	my-vitalife	147
M-M-R II	28	multiple vitamins	145	na ferric gluc cplx in sucrose	86
m-natal plus	124	multiple vitamins/iron	145	na sulfate-k sulfate-mg sulf	79
moexipril hcl	54	multipro	146	nabumetone	30
moisturizing cream	167	multi-vit/iron/fluoride	146	nadolol	50
molindone hcl	116	multivitamin	146	nafcillin sodium	47
mometasone furoate	165	multi-vitamin	146	NAGLAZYME	67
MONISTAT 3 COMBINATION		multivitamin & mineral	146	nalbuphine hcl	32
PACK	82	multivitamin adult	146	naloxone hcl	120
MONISTAT 3 COMBO PACK APP ..	82	multivitamin adult (minerals)	146	naltrexone hcl	120
MONISTAT 7 SIMPLY CURE	82	multivitamin adult extra c	146	NAMZARIC	112
MONJUVI	19	multivitamin adults	146	NAPHCON-A	87
MONOFERRIC	86	multivitamin adults 50+	146	naproxen	30
MONO-LINYAH	60	multivitamin childrens (wl fa)	146	naproxen sodium	30
montelukast sodium	99	multi-vitamin daily	146	naratriptan hcl	119
morphine sulfate	32	multi-vitamin gummies	146	nasal decongestant	103
morphine sulfate (concentrate)	32	multivitamin gummies adult	146	nasal decongestant max st	103
morphine sulfate (pf)	32	multivitamin gummies mens	146	nasal decongestant pe	104
morphine sulfate er	31	multivitamin gummies womens	146	nasal decongestant pe max st	104
MOVANTIK	75	multivitamin men	146	nasal decongestant spray	104
moxifloxacin hcl	46, 88	multivitamin men 50+	146	nasal four	104
m-pap	35	multi-vitamin monocaps	146	nasal relief	104
MTX SUPPORT	145	multivitamin women	146	nasal spray 12 hour	104
MUCINEX	103	multivitamin women 50+	146	nasal spray extra moisturizing	104
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE	103	multivitamin womens 50+ adv	146	nasal spray no drip	104
MUCINEX DM	103	multivitamin/extra vitamin d3	146	NASCOBAL	147
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS	103	multivitamin/fluoride	146	NATACYN	88
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH103		multi-vitamin/iron	146	nateglinide	65
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL	103	multi-vitamin/minerals	146	NATPARA	70
MUCINEX SINUS-MAX SINUS/ALLRGY	103	multivitamin/zinc stress	146	natural c/rose hips	147
mucus & chest congestion	103	multivitamin-minerals	146	natural fiber laxative	79
mucus relief	103	multi-vitamins	146	natural senna laxative	79
mucus relief dm	103	multivitamins plus iron child	146	natural vitamin d-3	147
mucus relief er	103	multivitamins/minerals adult	146	NAYZILAM	110
mucus relief max st	103	multi-vite	146	nebivolol hcl	50
MULTAQ	48	multivit-min gummies childrens	146	NECON 0.5/35 (28)	60
multi + omega-3 adult gummies	145	mupirocin	161	nefazodone hcl	113
multi adult gummies	145	MURINE EAR	169	neomycin sulfate	41
multi compleotel/iron	145	MURO 128	91	neomycin-bacitracin zn-polymyx	88
multi for her	145	MVASI	19	neomycin-polymyxin-dexameth	88
multi for her 50+	145	MVW COMPLETE FORMULATION	147	neomycin-polymyxin-gramicidin	89
MULTI FOR HIM	145	MVW COMPLETE FORMULATION D3000	147	neomycin-polymyxin-hc	88, 92
multi for him 50+	145	MVW COMPLETE FORMULATION D5000	147	NEO-POLYCIN	89
multi vitamin	145	MINIS	147	NEO-POLYCIN HC	88
multi vitamin daily	145	myamulti	147	neovite	147
multi vitamin wld-3	145	mycophenolate mofetil	27	NEPHPLEX RX	147
multi vitamin/minerals	145	mycophenolate sodium	27	NEPHRON FA	86
MULTI-BETIC DIABETES	145	MYCOZYL AC	163	NEPHRO-VITE	147
multi-day	145	MYCOZYL AP	163	NEPHRO-VITE RX	147
multi-day plus iron	145	myferon 150	86	NERLYNX	19
multi-day plus minerals	145	MYLANTA MAXIMUM STRENGTH .72		neti pot sinus wash	98
MULTIGEN	86	MYLICON INFANTS GAS RELIEF ..75		NEUPRO	107
				NEUTROGENA HAND	167
				nevirapine	38
				nevirapine er	38
				NEXAVAR	19

niacin	147	NORTREL 1/35 (28)	61	olmesartan medoxomil	48
niacin er	147	NORTREL 7/7/7	61	olmesartan medoxomil-hctz	52
niacin er (antihyperlipidemic)	49	nortriptyline hcl	114	olmesartan-amldipine-hctz	52
niacinamide	147	NORVIR	38	olopatadine hcl	87
nicardipine hcl	51	norwegian cod liver oil	147	omeprazole	76
NICODERM CQ	120	NOVAFERRUM	86	omnicap	148
NICOMIDE	147	NOVAFERRUM 50	86	OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5)	64
NICORETTE	120, 121	NOVAFERRUM PED MULTI VIT-		OMNIPOD 5 G6 POD (GEN 5)	64
NICORETTE MINI	120	IRON	147	OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3)	64
NICORETTE STARTER KIT	121	NOVAFERRUM PEDIATRIC		OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN	
nicotinamide	147	DROPS	86	3)	64
nicotine	121	NOVOLIN 70/30	63	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4)	64
nicotine mini	121	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	63	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	64
nicotine polacrilex	121	NOVOLIN N	63	once daily	148
nicotine polacrilex mini	121	NOVOLIN N FLEXPEN	63	once daily/iron	148
nicotine step 1	121	NOVOLIN R	63	ONCOVITE	148
nicotine step 2	121	NOVOLIN R FLEXPEN	63	ondansetron	73
nicotine step 3	121	NOVOLOG	63	ondansetron hcl	73
NICOTROL	121	NOVOLOG FLEXPEN	63	ONE A DAY MENS VITACRAVES	148
NICOTROL NS	121	NOVOLOG MIX 70/30	64	one daily adults 50+	148
nifedipine er	51	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	63	one daily calcium/iron	148
nifedipine er osmotic release	51	NOVOLOG PENFILL	64	one daily complete	148
NIFEREX	86	NOXAFL	40	ONE DAILY ESSENTIAL	148
NIKKI	60	NUBEQA	16	one daily for men 50+ advanced	148
nilutamide	16	NUEDEXTA	118	one daily for men/lycopene	148
nimodipine	51	NUFERA	86	one daily for women	148
NINJACOF-XG	104	NU-IRON	86	one daily for women 50+ adv	148
NINLARO	19	NULOJIX	27	one daily healthy weight adv	148
nitazoxanide	41	NU-MAG	128	one daily maximum	148
nitisinone	67	NUPLAZID	116	one daily mens 50+ multivit	148
NITRO-BID	54	NURTEC	119	one daily mens health	148
nitrofurantoin macrocrystal	41	NUTRADERM	168	one daily multivitamin adult	148
nitrofurantoin monohyd macro	41	NUTRILIPID	130	one daily multivitamin/iron	148
nitroglycerin	54	NUZYRA	48	one daily womens 50 plus	148
NIVA-FOL	147	NYAMYC	163	one daily womens 50+	148
NIVEA	168	NYLIA 1/35	61	one daily/minerals	148
NIVEA SOFT	168	NYLIA 7/7/7	61	ONE-A-DAY ENERGY	148
NIX CREME RINSE	165	NYMALIZE	51	ONE-A-DAY ESSENTIAL	148
nizatidine	70	NYMYO	61	ONE-A-DAY FOR HER	
no drip nasal spray	104	nystatin	40, 160, 163	VITACRAVES	148
no iron mult vitamin-minerals	147	NYSTOP	163	ONE-A-DAY FOR HIM	
nohist-dm	104	OCELLA	61	VITACRAVES	148
non-aspirin	35	OCTAGAM	26	ONE-A-DAY JOLLY RANCHER	148
non-aspirin extra strength	35	octreotide acetate	67	ONE-A-DAY MENOPAUSE	
NORA-BE	60	ocular vitamins	147	FORMULA	148
norethin ace-eth estrad-fe	60, 61	ocutabs	147	ONE-A-DAY MENS	149
norethindrone	61	ocutabs-lutein	147	ONE-A-DAY MENS (MINERALS)	149
norethindrone acetate	69	OCUVITE ADULT 50+	147	ONE-A-DAY MENS 50+	
norethindrone acet-ethinyl est	61	OCUVITE ADULT FORMULA	148	ADVANTAGE	149
norethindrone-eth estradiol	68	OCUVITE EXTRA	148	ONE-A-DAY MENS HEALTH	
norethindron-ethinyl estrad-fe	61	OCUVITE EYE + MULTI	148	FORMULA	149
norethin-eth estradiol-fe	61	OCUVITE EYE HEATHL		ONE-A-DAY MENS VITACRAVES	149
norgestimate-eth estradiol	61	GUMMIES	148	ONE-A-DAY PROACTIVE 65+	149
norgestim-eth estrad triphasic	61	OCUVITE-LUTEIN	148	ONE-A-DAY SCOOBY-DOO	
NORLYROC	61	ODEFSEY	39	GUMMIES	149
NORPACE CR	48	ODOMZO	19	ONE-A-DAY TEEN	
NORTEMP	35	OFEV	98	ADVANTAGE/HER	149
nortemp infants	35	ofloxacin	89, 92	ONE-A-DAY TEEN	
NORTREL 0.5/35 (28)	61	OGIVRI	19	ADVANTAGE/HIM	149
NORTREL 1/35 (21)	61	olanzapine	116	ONE-A-DAY VITACRAVES	149

ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT	149	oxycodone-acetaminophen	32	PEMAZYRE	19
ONE-A-DAY VITACRAVES		OXYCONTIN	31	pemetrexed disodium	22
IMMUNITY	149	OYSCO 500	128	penicillamine	57
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR	149	OYSCO 500+D	128	penicillin g pot in dextrose	47
ONE-A-DAY VITACRAVES+OMEGA-3	149	oyster calcium	128	penicillin g potassium	47
ONE-A-DAY WEIGHT SMART ADVANCE	149	oyster shell calcium	129	penicillin g procaine	47
ONE-A-DAY WOMENS	149	oyster shell calcium + d	128	penicillin g sodium	47
ONE-A-DAY WOMENS 50 PLUS	149	oyster shell calcium + d3	128	penicillin v potassium	47
ONE-A-DAY WOMENS 50+ ADVANTAGE	149	oyster shell calcium 250+d	128	PEN-KERA	168
ONE-A-DAY WOMENS HEALTHY SKIN	149	oyster shell calcium 500 + d	128	PENTACEL	28
ONE-A-DAY WOMENS MIND & BODY	149	oyster shell calcium 500+d	128	pentamidine isethionate	42
ONE-A-DAY WOMENS PETITES	149	oyster shell calcium plus d	129	pentoxifylline er	84
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES	149	oyster shell calcium w/d	129	PENTRAVAN	168
one-daily multi caps	149	oyster shell calcium/d	129	PENTRAVAN PLUS	168
one-daily multi vitamins	149	oyster shell calcium/d3	129	PERIDIN-C	150
one-daily multi-vit/mineral	149	oyster shell calcium/vit d3	129	perindopril erbumine	54
one-daily multi-vitamin	149	oyster shell calcium/vitamin d	129	PERIOGARD	160
one-daily multi-vitamin/iron	149	OYSTERCAL	129	PERIOMED	160
one-daily/iron	150	OYSTERCAL-D	129	permethrin	165
ONELAX	79	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	65	perphenazine	116
ONTRUZANT	19	OZEMPIC (1 MG/DOSE)	65	PERSERIS	116
ONUREG	22	OZEMPIC (2 MG/DOSE)	65	petrolatum	55
OPCON-A	87	PACERONE	48	PFCB	55
OPSUMIT	54	paclitaxel	23	PFIZERPEN	47
optic-vites	150	paclitaxel protein-bound part	23	pharbechlor	95
OPTIFAST POST BARIATRIC	150	pain & fever childrens	35	pharbedryl	95
OPTIMAL D3	150	pain & fever infants	35	PHARBETOL	36
optimum pms	150	pain relief extra strength	35	PHARBETOL EXTRA STRENGTH	35
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG	150	pain relief regular strength	35	PHARMABASE ANTIOXIDANT	55
OPTIVITE P.M.T	150	paliperidone er	116	PHARMABASE COSMETIC	55
OPURITY BYPASS OPTIMIZED	150	pamidronate disodium	70	PHARMABASE COSMETIC	
oral electrolytes	125	pan-c 500/bioflavonoids	150	NATURAL	55
oral suspend	55	PANRETIN	168	PHARMABASE LIGHT	55
ORALYTE	125	pantoprazole sodium	76	PHARMABASE VAGINAL	55
ORALYTE FREEZER POPS	125	PANZYGA	26	pharmacist choice d-vitamin	150
ORA-PLUS	55	PARAPLATIN	15	PHAZYME MAXIMUM STRENGTH	75
ORASEP	160	paricalcitol	57	phendimetrazine tartrate	121
ORGOVYX	16	paromomycin sulfate	41	phendimetrazine tartrate er	121
ORKAMBI	98	paroxetine hcl	114	phenelzine sulfate	114
ORSERDU	16	parvlex	150	phenobarbital	110
OS-CAL	128	pc pediatric poly-vitalfe drop	150	phenobarbital sodium	110
OS-CAL CALCIUM + D3	128	PCCA BASE 7542	55	phentermine hcl	121
OS-CAL EXTRA D3	128	PCCA EMOLlient CREAM BASE	55	phenylephrine hcl	104
oseltamivir phosphate	43	ped electrolyte freeze pops	125	PHENYTEK	110
OTEZLA	25	ped electrolyte freezer pops	125	phenytoin	110
oxacillin sodium	47	PEDIA VANCE	125	phenytoin sodium	110
oxaliplatin	15	PEDIA-LAX	79	phenytoin sodium extended	110
oxandrolone	57	PEDIALYTE	125	PHESGO	19
oxcarbazepine	110	PEDIALYTE ADVANCED CARE	125	PHILITH	61
oxybutynin chloride	81	PEDIALYTE FREEZER POPS	125	PHYTOBASE	55
oxybutynin chloride er	81	PEDIALYTE SINGLES	125	PHYTOMULTI	150
oxycodone hcl	32	PEDIARIX	28	phytonadione	150
		pediatric electrolyte	125	PICODERM	55
		pediatric electrolyte-zinc	125	PIFELTRO	38
		PEDVAX HIB	28	pilocarpine hcl	87, 160
		peg 3350	79	pimozide	116
		peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	79	PIMTREA	61
		peg-3350/electrolytes	79	pin-away	42
		PEGASYS	43	pindolol	50
				pinworm medicine	42

pioglitazone hcl	65	PRESERVISION/LUTEIN	150	PURIXAN	22
piperacillin sod-tazobactam so	47	PRETTY FEET/HANDS	168	px advanced formula multivits	151
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	19	PREVALITE	50	px allergy	95
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	19	prevent	150	px allergy relief cetirizine	95
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	19	PREVYMIC	43	px allergy relief d	104
pirfenidone	98	PREZCOBIX	39	px allergy relief d (loratad)	104
PIRMELLA 1/35	61	PREZISTA	38	px allergy relief loratadine	95
piroxicam	30	PRIFTIN	39	px antacid maximum strength	72
plain niacin	150	primaquine phosphate	43	px antacid regular strength	72
PLASMA-LYTE 148	123	primidone	111	px arthritis pain relief	36
PLASMA-LYTE A	123	PRIORIX	28	px artificial tears	91
PLENAMINE	130	PRIVIGEN	26	px aspirin	36
PLENU	79	probenecid	37	px athletic foot	163
pna-hrt base	55	PRO-CAL	150	px b complex/vitamin c	151
podofilox	168	PROCALAMINE	130	px calamine	168
poly vitamin	150	PROCERV HP	150	px calcium	129
POLYCIN	89	prochlorperazine	73	px childrens allergy	95
polyethylene glycol 3350	55, 79	prochlorperazine edisylate	73	px childrens pain relief	36
POLY-IRON 150	86	prochlorperazine maleate	73	px childrens profen ib	30
polymyxin b-trimethoprim	89	PROCIT	84	PX CHILDRENS VITAMIN	151
polysaccharide iron complex	86	PROCTO-MED HC	168	px complete senior multivits	151
polysaccharide-iron complex	86	PROCTO-PAK	168	px docusate sodium	79
poly-tussin ac	104	PROCTOSOL HC	168	px fiber	79
polyvinyl alcohol	91	PROCTOZONE-HC	168	px folic acid	151
poly-vita/iron	150	profola	151	px gas relief extra strength	75
polyvitamin/iron	150	PROGRAF	27	px gas relief infants	75
POMALYST	23	PROLASTIN-C	98	px gas relief ultra strength	75
PORTIA-28	61	PROLENSA	89	px ibuprofen junior strength	30
posaconazole	40	PROLIA	70	px infants profen ib	30
potassium chloride	123, 124	PROMACTA	84	px laxative	79
potassium chloride crys er	124	promethazine hcl	74	px mens multivitamins	151
potassium chloride er	124	promethazine vc/codeine	104	px miconazole 3-day combo	82
potassium chloride in nacl	123	promethazine-codeine	104	px milk of magnesia	79
potassium citrate er	82	promethazine-dm	104	px nasal decongestant	104
potassium cl in dextrose 5%	124	promethazine-phenyleph-codeine	104	px pain relief extra strength	36
povidone-iodine	168	propafenone hcl	49	px stomach relief	73
PRALUENT	49	propafenone hcl er	49	px stop smoking aid	121
pramipexole dihydrochloride	107	proparacaine hcl	91	px triple	161
prasugrel hcl	87	propranolol hcl	50	px vitamin c	151
pravastatin sodium	49	propranolol hcl er	50	px vitamin e	151
praziquantel	42	propylthiouracil	56	pyrazinamide	39
prazosin hcl	48	PROQUAD	28	pyridostigmine bromide	118
prednisolone	69	PRORENAL + D	151	pyridoxine hcl	151
prednisolone acetate	89	PRORENAL + D W/ OMEGA-3	151	qc acetaminophen 8 hours	36
prednisolone sodium phosphate	69, 89	PROSIGHT	151	qc all day allergy	95
prednisone	69	PROSOL	131	qc allergy childrens	95
PREDNISONE INTENSOL	69	PROTECT CARDIO AF	151	qc allergy relief	95
preferred plus insulin syringe	64	PROTECT PLUS SO	151	qc antacid	72
pregabalin	111	PROTEGRA	151	qc antacid/anti-gas	72
prehevbrio	28	protriptyline hcl	114	qc anti-diarrheal	73
PREMASOL	130	pseudoeph-bromphen-dm	104	qc anti-gas	75
prenatal	124, 150	pseudoephedrine hcl	104	qc anti-itch extra strength	168
prenatal 19	150	pseudoephedrine hcl er	104	qc arthritis pain relief	36
prenatal one daily	150	psyllium fiber	79	qc artificial tears	91
prenatal vitamin	150	PULMICORT FLEXHALER	99	qc aspirin	36
prenatal vitamin and mineral	150	PULMOZYME	98	qc aspirin low dose	36
prenatal vitamins	150	pure c 500	151	qc bacitracin	161
prenataliron	150	pure calcium carbonate	129	qc calamine	168
PRESERVISION AREDS	150	purevit dualfe plus	86	qc calcium fast dissolution	129
PRESERVISION AREDS 2	150	PUREWAY-C	151	qc cetirizine allergy relief	95

qc childrens allergy.....	95	quinapril-hydrochlorothiazide	52	REFRESH LIQUIGEL.....	91
qc childrens complete.....	151	quinidine sulfate.....	49	REFRESH OPTIVE.....	91
qc childrens ibuprofen.....	30	quinine sulfate.....	43	REFRESH OPTIVE ADVANCED	91
qc chlor-pheniramine.....	95	quintabs	151	REFRESH OPTIVE ADVANCED	
qc complete allergy medicine	96	quintabs-m	151	PF	91
qc daily multivit/multimineral	151	ra balanced b-100	151	REFRESH OPTIVE MEGA-3	91
qc daily multivitamins/iron	151	ra balanced b-50	151	REFRESH OPTIVE PF	91
qc diarrhea relief.....	73	ra b-complex	151	REFRESH PLUS	91
qc enema.....	79	ra b-complex with b-12	151	REFRESH RELIEVA	91
qc enteric aspirin	36	ra calcium 600.....	129	REFRESH RELIEVA PF	91
qc epsom salt.....	79	ra calcium 600/vitamin d-3.....	129	REFRESH TEARS	91
qc ferrous sulfate.....	86	ra calcium cit plus vit d-3.....	129	REGRANEX	161
qc fexofenadine hydrochloride	96	ra calcium cit-vit d-3 petites	129	REGULOID	80
qc fiber laxative	79	ra calcium plus vitamin d	129	REHYDRALYTE	125
qc gas relief extra strength	75	RA CENTRAL-VITE	151	rejuvacare plus	55
qc gentle laxative	80	ra central-vite womens mature	152	RELENZA DISKHALER	43
qc loratadine allergy relief.....	96	ra coenzyme q-10	122	RELI-ON INSULIN SYRINGE	64
qc loratadine-d	104	ra folic acid	152	RELISTOR	75
qc melatonin max st	122	RA HI CAL	129	REMEDY ANTIFUNGAL	163
qc mens daily multivitamin	151	ra iron	86	REMEDY PHYTOPLEX	
qc miconazole 7	82	ra natural magnesium	129	ANTIFUNGAL	163
qc milk of magnesia	80	ra niacin	152	REMICADE	25
qc mucus relief	104	ra no flush niacin	152	RENAL	152
qc mucus relief childrens	104	ra one daily energy formula	152	RENAL MULTIVITAMIN	
qc mucus relief er	104	ra one daily essential	152	FORMULA	152
qc mucus relief max st	104	ra one daily maximum	152	renal vitamin	152
qc multi-vite	151	ra one daily mens 50+ w/vit d3	152	renal-vite	152
qc multi-vite 50 & over	151	ra one daily mens/vit d-3	152	RENAPLEX	152
qc natural vegetable	80	ra one daily womens	152	RENAPLEX-D	152
qc natura-lax	80	ra ped electrolyte freezer pop	125	rena-vite	152
qc nicotine transdermal system	121	ra pediatric electrolyte	125	rena-vite rx	152
qc non-aspirin childrens	36	ra vitamin a	152	RENFLEXIS	25
qc non-aspirin extra strength	36	ra vitamin b-1	152	reno caps	152
qc pain relief	36	ra vitamin b12	152	repaglinide	65, 66
qc pain relief childrens	36	ra vitamin b-12	152	REQ 49+	152
qc pain relief extra strength	36	ra vitamin b-12 tr	152	RESTASIS	91
qc pink bismuth	73	ra vitamin b-6	152	RESTASIS MULTIDOSE	91
qc povidone iodine	168	ra vitamin c	152	RESTORA RX	73
qc prenatal	151	ra vitamin c cr	152	RETEVMO	19
qc stool softener	80	ra vitamin c/rose hips	152	REVLIMID	23
qc stool softener pls laxative	80	ra vitamin d-3	152	REXULTI	116
qc suphedrine maximum strength	105	ra vitamins complete childrens	152	REYATAZ	38
qc therin-m	151	ra zinc	129	REZLIDHIA	19
qc tolnaftate	163	RABAVERT	28	REZUROCK	27
qc triple antibiotic max st	161	rabeprazole sodium	76	RHOPRESSA	87
qc tussin cf	105	RADIANCE PLATINUM VITAMIN		ribavirin	43
qc tussin dm cough/congestion	105	D3	152	RID LICE KILLING SHAMPOO	165
qc tussin mucus/congestion	105	raloxifene hcl	67	rifabutin	39
qc womens daily multivitamin	151	ramipril	54	rifampin	39
q-derm	55	ranolazine er	53	riluzole	118
Q-GEL FORTE	122	rasagiline mesylate	107	rimantadine hcl	43
Q-GEL MEGA	122	RAYALDEE	57	RINVOQ	25
QINLOCK	19	RECLIPSEN	61	RISABAL-PH	168
Q-SORB CO Q-10	122	RECOMBIVAX HB	29	RISAMINE	168
QSYMIA	121	RECTIV	168	risedronate sodium	70
QUADRACEL	28	reeses pinworm medicine	42	RISPERDAL CONSTA	116
quetiapine fumarate	116	REFRESH	91	risperidone	116, 117
quetiapine fumarate er	116	REFRESH CELLUVISC	91	ritonavir	38
quin b strong	151	REFRESH DIGITAL	91	rivastigmine	112
quinapril hcl	54	REFRESH DIGITAL PF	91	rivastigmine tartrate	112

RIVELSA.....	61	sertraline hcl.....	114	sm aspirin.....	36
rizatriptan benzoate.....	119	se-tan plus.....	86	sm aspirin adult low strength.....	36
robafen cf multi-symptom cold.....	105	SETLAKIN.....	61	sm aspirin ec.....	36
ROBAFEN DM CGH/CHEST		sevelamer carbonate.....	56	sm aspirin low dose.....	36
CONGEST.....	105	SHAROBEL.....	61	sm athletes foot.....	163
ROBAFEN DM COUGH.....	105	SHINGRIX.....	29	sm b super vitamin complex.....	153
ROBAFEN MUCUS/CHEST		SIDEROL.....	153	sm b100 complex.....	153
CONGESTION.....	105	SIGNIFOR.....	68	sm b-complex.....	153
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH..	105	silace.....	80	sm b-complex/vitamin c.....	153
ROCKLATAN.....	88	siladryl allergy.....	96	sm benzoin tincture.....	168
roflumilast.....	98	sildenafil citrate.....	54	sm biotin.....	153
ropinirole hcl.....	107	siltussin dm das.....	105	sm calamine.....	168
rosuvastatin calcium.....	49	siltussin sa.....	105	sm calamine phenolated.....	168
ROTARIX.....	29	siltussin-dm alcohol free.....	105	sm calcium 500/vitamin d3.....	129
ROTATEQ.....	29	silver sulfadiazine.....	161	sm calcium 600/vitamin d.....	129
ROWEEPRA.....	111	SIMBRINZA.....	88	sm calcium citrate w/vit d3.....	129
ROZLYTREK.....	20	simethicone.....	75	sm calcium citrate+/vit d3.....	129
RUBRACA.....	20	simethicone drops infants.....	75	sm calcium citrate+d3 petite.....	129
rufinamide.....	111	simethicone ultra strength.....	75	sm calcium citrate+vit d3 max.....	130
RUKOBIA.....	38	SIMLIYA.....	61	sm calcium/vitamin d.....	130
RYBELSUS.....	66	SIMPESSE.....	61	sm calcium-vitamin d.....	130
RYDAPT.....	20	simvastatin.....	49	sm chewable vitamin c.....	153
rynex pse.....	105	sinus 12 hour.....	105	sm childrens ibuprofen.....	31
SAJAZIR.....	84	sinus congestion max strength.....	105	sm childrens loratadine.....	96
SALTSTABLE LO.....	55	sinus nasal spray.....	105	SM CLEARLAX.....	80
SANDIMMUNE.....	27	sinus relief extra strength.....	105	sm clotrimazole vaginal.....	82
SANTYL.....	161	sirolimus.....	27	sm co q-10.....	122
sapropterin dihydrochloride.....	67	SIRTURO.....	39	sm coenzyme q-10.....	122
SAVISION.....	152	SIVEXTRO.....	42	sm complete.....	153
sb calcium + d.....	129	SKYRIZI.....	25	sm complete 50+.....	153
sb lice killing max st.....	165	SKYRIZI PEN.....	25	sm complete 50+ ultimate mens....	153
sb oyster shell calcium.....	129	SLOW FE.....	86	sm complete 50+ ultimate women....	153
sb vitamin c.....	153	slow iron.....	86	sm complete advanced formula....	153
scar care.....	55	slow release iron.....	86	sm complete senior formula....	153
SCEMBLIX.....	20	SLOW-MAG.....	129	sm cough dm.....	105
scopolamine.....	74	sm 3-day vaginal.....	82	sm cough dm childrens.....	105
SECUADO.....	117	sm 8 hour pain relief.....	36	sm dry eye relief.....	91
selegiline hcl.....	107	sm all day allergy.....	96	sm ear drops.....	169
selenious acid.....	131	sm all day allergy childrens.....	96	sm enema.....	80
selenium sulfide.....	164	sm all day allergy-d.....	105	sm epsom salt.....	80
SELZENTRY.....	38	sm allergy 4 hour.....	96	sm fexofenadine hcl.....	96
senexon.....	80	sm allergy childrens.....	96	sm fiber.....	80
SENEXON-S.....	80	sm allergy relief.....	96	sm folic acid.....	153
senior tabs.....	153	sm animal shapes complete.....	153	sm gas relief.....	75
senna.....	80	sm animal shapes kids first.....	153	sm gas relief antiflatuent.....	75
senna laxative.....	80	sm antacid.....	72	sm gas relief extra strength.....	75
senna plus.....	80	sm antacid advanced.....	72	sm gas relief infants.....	75
senna s.....	80	sm antacid advanced max st.....	72	sm gentle laxative.....	80
senna-lax.....	80	sm antacid maximum strength.....	72	sm hair/skin/nails.....	153
senna-plus.....	80	sm antacid/antigas.....	72	sm ibuprofen ib.....	31
senna-s.....	80	sm antibiotic.....	161	sm ibuprofen ib childrens.....	31
senna-tabs.....	80	sm anti-diarrheal.....	73	sm infants ibuprofen.....	31
senna-time.....	80	sm antifungal clotrimazole.....	163	sm iron.....	86
senna-time s.....	80	sm antifungal miconazole.....	163	sm iron slow release.....	86
sennosides-docusate sodium.....	80	sm antifungal tolnaftate.....	163	sm lice killing max strength.....	165
SENOKOT.....	80	sm anti-itch extra strength.....	168	sm lice treatment.....	165
SENOKOT S.....	80	sm antioxidant vitamins.....	153	sm loratadine.....	96
sentry.....	153	sm antiseptic skin cleanser.....	168	sm loratadine allergy relief.....	96
sentry senior.....	153	sm arthritis pain relief.....	36	sm lorata-dine d.....	105
SEREVENT DISKUS.....	96	sm arthritis pain reliever.....	36	sm loratadine d 12hr.....	105

sm lubricant eye drops	91	sm vitamin d3.....	154	sulfacetamide sodium (acne)	160
sm lubricating plus	91	sm vitamin e	154	sulfacetamide-prednisolone	88
sm lubricating tears	91	sm zinc gluconate	130	sulfadiazine	42
sm miconazole 3	82	sodium bicarbonate	72	sulfamethoxazole-trimethoprim	42
sm miconazole 3 applicator	82	sodium chloride	106, 124, 161	SULFAMYLYON	162
sm miconazole 7	82	sodium chloride (hypertonic)	91	sulfasalazine	76
sm milk of magnesia	80	sodium fluoride	124	sulindac	31
sm mucus relief	105	sodium oxybate	119	sumatriptan	119
sm mucus relief max strength	105	sodium phenylbutyrate	68	sumatriptan succinate	119
sm multiple vitamins essential	153	sodium polystyrene sulfonate	57	sumatriptan succinate refill	119
sm multiple vitamins/iron	153	solifenacin succinate	81	sunitinib malate	20
sm nasal decongestant	105	SOLIQUA	64	SUNLENCA	38
sm nasal decongestant max st	105	solo	154	SUNVITE ADVANCED	154
sm nasal decongestant pe	106	SOLTAMOX	16	super antioxidant	154
sm nasal spray	106	SOLU-CORTEF	69	super aytinal	154
sm nasal spray 12 hour	106	SOMATULINE DEPOT	68	super aytinal 50 plus	154
sm nasal spray moisturizing	106	SOMAVERT	68	super b complex maxi	154
sm nasal spray sinus	106	SOOTHE & COOL INZO		super b complex/fa/vit c	154
sm niacin cr	153	ANTIFUNGAL	163	super b complex/vitamin c	154
sm nicotine	121	sorafenib tosylate	20	super b-complex + vitamin c	154
sm nicotine polacrilex	121	SORBOLENE	168	super b-complex/vit c/fa	154
sm nose drops nasal decongest	106	SORINE	49	super biotin	154
sm one daily mens	153	sotalol hcl	49	super calcium	130
sm one daily womens	153	sotalol hcl (af)	49	super calcium 600 + d 400	130
sm opti-vitamins	153	span c	154	super calcium 600 + d3	130
sm oyster shell calcium/vit d	130	SPECTRAVITE	154	super multiple	154
sm oyster shell calcium/vit d3	130	spironolactone	48	SUPER NU-THERA	154
sm pain & fever childrens	36	spironolactone-hctz	53	SUPER QINTS B-50	154
sm pain & fever infants	36	SPRINTEC 28	61	super thera vite m	154
sm pain relief	36	SPRITAM	111	super vita-mins	154
sm pain reliever	36	SPRYCEL	20	superplex-t	154
sm pain reliever childrens	36	SPS	57	suphedrine 12hour	106
sm pain reliever ex st	36	SRONYX	61	support	154
sm pediatric electrolyte	125	SSD	162	SUPPORT-500	155
sm povidone-iodine	168	stavudine	38	SUPREP BOWEL PREP KIT	81
sm senna laxative	80	sterile water for irrigation	161	sv vitamin b-12 er	155
sm senna-s	80	stimulant laxative	81	SYEDA	61
sm slow release iron	87	STIVARGA	20	SYMBICORT	97
sm stomach relief	73	stomach relief	73	SYMDEKO	98
sm stool softener	81	stool softener	81	SYMJEPI	98
sm stool softener/laxative	81	stool softener laxative	81	SYMPAZAN	111
sm super b complex/c	153	stool softener plus laxative	81	SYMTUZA	39
sm triple antibiotic	161	stool softener/laxative	81	SYNAREL	68
sm triple antibiotic max st	161	streptomycin sulfate	42	SYNERCID	42
sm triple antibiotic original	161	stress formula	154	SYNJARDY	66
sm tussin cf	106	stress formula (folic acid)	154	SYNJARDY XR	66
sm tussin cough/chest congest	106	stress formula/iron	154	SYNRIBO	23
sm tussin dm	106	STRESSTABS ADVANCED	154	SYNTROID	56
sm tussin mucus+chest congest	106	STRESSTABS ENERGY	154	SYRSPEND SF	55
sm vit c/rose hips	153	STRIBILD	39	SYSTANE	92
sm vitamin b complex/vitamin c	153	STROVITE FORTE	154	SYSTANE BALANCE	92
sm vitamin b1	153	STROVITE ONE	154	SYSTANE COMPLETE	92
sm vitamin b-12	153	STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN	168	SYSTANE HYDRATION PF	92
sm vitamin b12 tr	153	SUBVENITE	111	SYSTANE ICAPS AREDS2	155
sm vitamin b6	153	sucralfate	75	SYSTANE OVERNIGHT	
sm vitamin b-6	153	SUDOGEST	106	THERAPY	92
sm vitamin c	154	sudogest 12 hour	106	SYSTANE PRESERVATIVE FREE	92
sm vitamin c cr	154	SUDOGEST MAXIMUM		SYSTANE ULTRA	92
sm vitamin c/rose hips	154	STRENGTH	106	SYSTANE ULTRA PF	92
sm vitamin d	154	sulfacetamide sodium	89	TAB-A-VITE	155

TAB-A-VITE/BETA CAROTENE	155	tgt psyllium fiber.....	81	tolterodine tartrate	81
tab-a-vite/iron	155	tgt stomach relief.....	73	tolterodine tartrate er.....	81
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE	155	THALOMID	23, 24	topiramate	111
TABLOID	22	THE MAGIC BULLET	81	TOPOSAR	23
TABRECTA	20	THEO-24	98	toremifene citrate	16
tacrolimus	27, 168	theophylline	98	torsemide	53
TAFINLAR	20	theophylline er	98	total allergy	96
TAGRISSO	20	ThERA	155	total b/c	156
TALTZ	25	ThERA M PLUS	155	TOUJEO MAX SOLOSTAR	64
TALZENNA	20	thera vital m	155	TOUJEO SOLOSTAR	64
tamoxifen citrate	16	therabasic-m	155	TPN ELECTROLYTES	124
tamsulosin hcl	83	ThERA-D 2000	155	TRADJENTA	66
TARINA 24 FE	61	ThERA-D RAPID REPLETION	155	TRALEMENT	131
TARINA FE 1/20 EQ	61	ThERAGRAN-M	155	tramadol hcl	32
TASIGNA	20	ThERAGRAN-M ADVANCED	155	tramadol-acetaminophen	32
tasimelteon	118	ThERAGRAN-M ADVANCED 50		trandolapril	54
tazarotene	163	PLUS	155	tranexamic acid	84
TAZICEF	45	ThERAGRAN-M PREMIER	155	tranylcypromine sulfate	114
TAZORAC	163	ThERAGRAN-M PREMIER 50		TRAVASOL	131
TAZTIA XT	51	PLUS	155	TRAZIMERA	20
TAZVERIK	20	thera-m	155	trazodone hcl	114
TDVAX	29	ThERAMILL FORTE	155	TRECATOR	39
TECENTRIQ	20	therapeutic formula/hematinics	155	TRELEGY ELLIPTA	97
TEFLARO	45	therapeutic moisturizing	168	treprostинil	54
telmisartan	48	therapeutic multivit/mineral	155	TRESIBA	64
telmisartan-amldipine	52	therapeutic-m	155	TRESIBA FLEXTOUCH	64
telmisartan-hctz	52	therapeutic-m/lutein	155	tretinoin	23, 160
temazepam	118	thera-tabs	155	triamcinolone acetonide	160, 165
TENIVAC	29	thera-tabs m	155	triamterene-hctz	53
tenofovir disoproxil fumarate	38	ThERATEARS	92	tri-buffered aspirin	37
TEPMETKO	20	ThERATRUM COMPLETE	155	TRICARE	124
terazosin hcl	48	ThERATRUM COMPLETE 50		TRICON	87
terbinafine hcl	40, 163	PLUS	155	trientine hcl	57
terbutaline sulfate	96	theravim-m	155	TRI-ESTARYLLA	62
terconazole	82	ThEREMS	155	TRIFERIC	87
teriparatide (recombinant)	70	ThEREMS-H	155	trifluoperazine hcl	117
testosterone	57	ThEREMS-M	155	trifluridine	89
testosterone cypionate	57	thiamine hcl	155, 156	trigels-f forte	87
testosterone enanthate	57	thiamine mononitrate	156	trihexyphenidyl hcl	107
tetrabenazine	118	thioridazine hcl	117	TRIJARDY XR	66
tetracycline hcl	48	thiothixene	117	TRIKAFTA	98
tgt acetaminophen childrens	36	thrivate 19	156	TRI-LEGEST FE	62
tgt acetaminophen ex st	37	TIADYLТ ER	51	TRI-LINYAH	62
tgt allergy relief	96	tiagabine hcl	111	TRI-LO-ESTARYLLA	62
tgt antifungal	163	TIBSOVO	20	TRI-LO-MARZIA	62
tgt antifungal spray powder	163	TICOVAC	29	TRI-LO-MILI	62
tgt childrens acetaminophen	37	tigecycline	48	TRI-LO-SPRINTEC	62
tgt childrens ibuprofen	31	TILIA FE	61	trimethoprim	42
tgt fiber therapy	81	timolol maleate	50, 88	TRI-MILI	62
tgt gas relief extra strength	75	TING	163	trimipramine maleate	114
tgt gentle laxative	81	TIVICAY	38	TRINTELLIX	114
tgt ibuprofen childrens	31	TIVICAY PD	38	TRI-NYMYO	62
tgt lubricant eye drops	92	tizanidine hcl	108	triprocaps	156
tgt miconazole 7	82	TOBRADEX	88	triple antibiotic	162
tgt nicotine polacrilex	121	TOBRADEX ST	88	triple antibiotic plus	162
tgt nicotine step one	121	tobramycin	42, 89	triple antibiotic+pain relief	162
tgt nicotine step three	121	tobramycin sulfate	42	TRI-SPRINTEC	62
tgt nicotine step two	122	tobramycin-dexamethasone	88	TRIUMEQ	39
TGT POWDERLAX	81	tolnaftate	163	TRIUMEQ PD	39
		tolnaftate antifungal	163	TRIVORA (28)	62

TRI-VYLIBRA	62	value plus glucose	57	VISTA ADVANCED AREDS2
TRI-VYLIBRA LO	62	VANADOM	108	FORMULA.....
TRIZIVIR	39	vancomycin hcl	42	VISTA ADVANCED DRY EYE
TROGARZO	38	vancomycin hcl in nacl	42	FORMULA.....
TROPHAMINE	131	VANIBASE	55	vit e-vit c-beta carotene
tropical liquid nutrition	156	VANICREAM	168	vita c/bioflavonoids/rose hips
trospium chloride	81	vanishing cream botanical base	55	vita hair
TRULICITY	66	VAQTA	29	vitabasic complete
TRUMENBA	29	varenicline tartrate	122	vitabasic senior
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE)	20	VARIVAX	29	vita-bee/c.....
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE)	20	VASCEPA	50	vitabex plus
TRUXIMA	20	v-c forte	156	vitachew multiple vitamin
TUKYSA	20	vegetable lax+stool softener	81	VITAFOL
TURALIO	21	VELIVET	62	VITAL-D RX
TUSNEL C	106	VELPHORO	56	vitalee
tusnel diabetic	106	VELTASSA	57	VITALETS CHILDRENS
TUSNEL-EX	106	VELVACHOL	168	vitamin a
tussin cf	106	VEMLIDY	44	vitamin b + c complex
tussin cf multi-symptom cold	106	VENCLEXTA	21	vitamin b 12
tussin cough	106	VENCLEXTA STARTING PACK	21	vitamin b complex
tussin dm	106	VENEXA	156	vitamin b-1
tussin dm cough + chest	106	VENEXA FE	156	vitamin b12
tussin mucus & chest congest	106	venlafaxine hcl	114	vitamin b-12
tussin mucus+chest congestion	106	venlafaxine hcl er	114	vitamin b-12 er
tussin multi-symptom cold cf	106	VENOFER	87	vitamin b12 tr
TWINRIX	29	VENTAVIS	54	vitamin b12-folic acid
TYBOST	38	VENTOLIN HFA	96	vitamin b6
TYDEMY	62	VENTRIXYL	156	vitamin b-6
TYPHIM VI	29	VENTRIXYL FE	156	vitamin b-complex
TYRVAYA	92	verapamil hcl	51	vitamin c
U-BASE	55	verapamil hcl er	51	vitamin c drops
UDAMIN SP	156	VERQUVO	53	vitamin c er
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS	156	VERSACLOZ	117	vitamin c plus wild rose hips
ultra freeda	156	versatile cream base	55	vitamin c/rose hips
ultra freedal/iron	156	VERSIGEL	55	vitamin c/rose hips tr
ULTRA FRESH	92	VERZENIO	21	vitamin c-acerola
ultra lubricating eye drops	92	VESTURA	62	vitamin c-rose hips
ULTRACHOICE ADV FORMULA MATURE	156	V-GO 20	64	vitamin c-rose hips er
ULTRACHOICE ADVANCED FORMULA	156	V-GO 30	64	vitamin c-rose hips tr
unicomplex-m	156	V-GO 40	64	vitamin d
UNITHROID	56	VIC-FORTE	156	vitamin d (cholecalciferol)
ursodiol	75	VICTOZA	66	vitamin d (ergocalciferol)
valacyclovir hcl	43	VIENVA	62	vitamin d high potency
VALCHLOR	168	vigabatrin	111	vitamin d infant
valganciclovir hcl	43, 44	VIGADRONE	111	VITAMIN D-1000 MAX ST
valproate sodium	111	VIIBRYD STARTER PACK	114	vitamin d3
valproic acid	111	vilazodone hcl	114	vitamin d-3
valsartan	48	VIMPAT	112	vitamin d3 complete
valsartan-hydrochlorothiazide	52	vincristine sulfate	23	vitamin d3 maximum strength
VALTOCO 10 MG DOSE	111	vinorelbine tartrate	23	vitamin d3 super strength
VALTOCO 15 MG DOSE	111	viorele	62	vitamin d3 ultra strength
VALTOCO 20 MG DOSE	111	VIRACEPT	38	vitamin d-400
VALTOCO 5 MG DOSE	111	VIREAD	38	vitamin e
		virt-caps	156	vitamin e blend
		virt-fefa plus	87	vitamin e water soluble
		VIRT-GARD	156	vitamin e-200
		vision formula 2	156	vitamin e-400
		vision formula eye health	156	vitamin k1
		vision formula/lutein	156	vitamins acd-fluoride
		vision vitamins	156	vitamins a-d-e/selenium

<i>vitamins for hair</i>	158	XERMELO	75	<i>zonisamide</i>	112
<i>vitamins/minerals</i>	158	XGEVA	70	<i>zoo friends complete</i>	159
VITASANA	158	XHANCE	99	ZOSTRIX HP	169
<i>vitasure</i>	158	XIFAXAN	75	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
<i>vitatrum</i>	159	XIGDUO XR	66		169
VITATRUM COMPLETE	158	XIIDRA	92	ZOVIA 1/35 (28)	62
VITRAKVI	21	XOFLUZA (40 MG DOSE)	44	ZTALMY	112
VITRAMYN	159	XOFLUZA (80 MG DOSE)	44	ZUMANDIMINE	62
VITRANOL	159	XOLAIR	98	ZYDELIG	21
VITRANOL FE	159	XOSPATA	21	ZYKADIA	21
VITREXATE	159	XPOVIO (100 MG ONCE		ZYLET	88
VITREXATE FE	159	WEEKLY)	21	ZYPREXA RELPREVV	117
VITREXYL	159	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)	21	<i>zyvana</i>	159
VITREXYL + IRON	159	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	21		
<i>vitrum 50+ senior multi</i>	159	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	21		
VITRUM SENIOR	159	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	21		
VIVITROL	122	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)	21		
VIZIMPRO	21	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	21		
<i>v-max</i>	55	XTANDI	16		
VONJO	21	XULANE	62		
voriconazole	40	XULTOPHY	64		
VOSEVI	44	xvite	159		
VOTRIENT	21	XYREM	119		
<i>vp-vite rx</i>	159	YELETS TEENAGE FORMULA	159		
VRAYLAR	117	YF-VAX	29		
VYFEMLA	62	<i>yl coenzyme q10</i>	122		
VYLIBRA	62	<i>yl folic acid</i>	159		
VYZULTA	88	<i>yl vitamin b-6</i>	159		
WAL-DRYL ALLERGY	96	<i>yl vitamin c</i>	159		
<i>warfarin sodium</i>	83	<i>yl vitamin c-rose hips</i>	159		
wee care	87	YOUR LIFE MULTI ADULT			
WEEKLY-D	159	GUMMIES	159		
WELIREG	23	YUVAFEM	68		
WERA	62	ZAFEMY	62		
wescaps	159	zafirlukast	99		
westab max	159	zaleplon	118		
westab mini	159	ZARXIO	84		
westab one	159	ZEASORB-AF	163		
west-vite w/folic acid	159	ZEJULA	21		
womans laxative	81	ZELBORAF	21		
womens 50+ advanced	159	ZEMAIRA	98		
womens daily form/fal/cal/fe	159	ZENATANE	160		
womens daily formula	159	ZENPEP	76		
womens multi	159	ZERVIADE	87		
womens multi gummies	159	zidovudine	38		
womens multivitamin	159	ZIEXTENZO	84		
wound care	55	zinc	130		
WYMZYA FE	62	zinc chloride	131		
XALKORI	21	zinc gluconate	130		
XARELTO	83	zinc oxide	168		
XARELTO STARTER PACK	83	zinc sulfate	130		
XATMEP	25	ziprasidone hcl	117		
XCEL 100	56	ziprasidone mesylate	117		
XCOPRI	112	ZIRABEV	21		
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	112	ZIRGAN	89		
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	112	zoledronic acid	70		
XELJANZ	25	ZOLINZA	21		
XELJANZ XR	25	zolmitriptan	119		
XENICAL	68	zolpidem tartrate	118		
XERAC AC	168	ZONISADE	112		

**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 **20/4/2023**.

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.