



Neighborhood **INTEGRITY** (plan de Medicare-Medicaid)

2024 Formulario: Lista de medicamentos cubiertos

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted.

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 desde el **29/09/2023**.

Neighborhood INTEGRITY| *Lista de Medicamentos Cubiertos* 2024 (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).....	4
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> .).....	4
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?	7
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?	8
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la Lista de medicamentos?	8
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?	9
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	10

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?.....	10
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?	11
B16. ¿Cuál es mi copago?	11
B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	11
C. Breve resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	12
C1. Medicamentos agrupados por condición médica.....	13
D. Índice de medicamentos cubiertos	154



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.
- ❖ 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 sábados por la tarde, los domingos y los días festivos puede dejar un mensaje. 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 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 **14** 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:

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.



- 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:

- 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.



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.

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.
 - 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,

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.



- 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.

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.



Usted puede averiguar si su medicamento tiene algún otro requisito o límite consultando las tablas que figuran en las páginas **14-153**. 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 **14** 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 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 **154**.

Para buscar **por enfermedad**, busque la sección denominada “Drugs Grouped by Medical Condition” (“Medicamentos agrupados por enfermedad”) en la página **14**. 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.

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.



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 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:

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.



- 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.

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 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.nhpi.org/INTEGRITY.



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.

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, ciertos agentes saborizantes o tintes que pueden agregarse a los medicamentos líquidos y ciertas bases de crema usadas para compuestos.

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.
-

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.



- Los medicamentos del Nivel 3 son los medicamentos ajenos a Medicare y los artículos y medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos ajenos a Medicare.

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 **154**. En el índice encontrará una lista de todos los medicamentos cubiertos por Neighborhood INTEGRITY en orden alfabético.

Nota: El símbolo **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).

- 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 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.

Lista de Medicamentos Agrupados por Enfermedad

FECHA EFECTIVA: 1/1/2024

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
carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml, 450 mg/45ml, 50 mg/5ml, 600 mg/60ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 500 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
cyclophosphamide injection solution reconstituted 2 gm	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/5ml, 2 gm/10ml, 500 mg/2.5ml, 500 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg	\$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)	NDS
oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml, 200 mg/40ml, 50 mg/10ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
oxaliplatin intravenous solution reconstituted 50 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
PARAPLATIN INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/100ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
Agentes Antineoplásicos Hormonales		
abiraterone acetate oral tablet 250 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
abiraterone acetate oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
anastrozole oral tablet 1 mg	\$0 (Nivel 1)	
bicalutamide oral tablet 50 mg	\$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	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; 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; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); 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 1)	
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
Agentes Moleculares Dirigidos		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (240 cápsulas cada 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 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
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	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (28 tabletas cada 28 días); 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	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); 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	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 cápsulas cada 28 días); NDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (112 cápsulas cada 28 días); NDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (84 cápsulas cada 28 días); NDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 cápsulas cada 28 días); NDS
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (63 tabletas cada 28 días); NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 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
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); 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; QL (120 cápsulas cada 30 días); 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; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); 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; 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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 CAPSULE 70 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
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	\$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; QL (120 cápsulas cada 30 días); 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
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (240 cápsulas cada 30 días); NDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); 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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (140 tabletas cada 28 días); NDS
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (1260 ml cada 30 días); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas cada 30 días); 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; 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
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; QL (14 tabletas cada 21 días); 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; QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (150 cápsulas cada 30 días); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); 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; QL (224 cápsulas cada 28 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (300 tabletas cada 30 días); NDS
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (900 tabletas cada 30 días); NDS
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 cápsulas cada 28 días); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (240 tabletas cada 30 días); 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; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; 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; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); 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	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 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
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (300 ml cada 30 días); NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); 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; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); 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
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (240 tabletas cada 30 días); 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; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
Agentes Protectores		
<i>leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml</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>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
ELLENCIE 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; QL (5 tabletas cada 28 días); NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (100 tabletas cada 28 días); NDS
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (80 tabletas cada 28 días); 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; QL (14 tabletas cada 28 días); 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)	LA; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	
Diversos		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (2 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
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (300 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
KISQALI FEMARA (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; QL (90 tabletas cada 30 días); 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 1 gm/50ml, 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
<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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas cada 28 días); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 cápsulas cada 28 días); NDS
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoinmunes		
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 recambios cada 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 frascos cada 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 jeringas cada 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
ENBREL 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	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 jeringas cada 28 días); NDS
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 28 días); 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	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 plumas cada 28 días); 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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 jeringas cada 28 días); NDS
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 plumas cada 28 días); NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 28 días); NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (110 tabletas cada año); NDS
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (168 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
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (1 frasco cada 28 días); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 jeringa cada 28 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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Fármacos Antirreumáticos Modificadores De La Enfermedad (Farme)		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0 (Nivel 2)	B/D; LA
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 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
Inmunosupresores		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG	\$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
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
<i>cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 1)	B/D
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
Vacunas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nivel 1)	
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 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
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 1)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nivel 1)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nivel 1)	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	\$0 (Nivel 1)	
DENGAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lf/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 1)	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	\$0 (Nivel 1)	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	\$0 (Nivel 1)	
IPOOL INJECTION INJECTABLE	\$0 (Nivel 1)	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 1)	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$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
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
<i>prehevbrio intramuscular suspension 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	QL (2 frascos por vida)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	\$0 (Nivel 1)	B/D
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 1)	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0 (Nivel 1)	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ANALGÉSICOS		
Aine		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gnp childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
IBU ORAL TABLET 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>meijer ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>px ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc ibuprofen oral tablet 200 mg</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 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm ibuprofen oral tablet 200 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)	
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, 37.5 mcg/hr, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hr, 75 mcg/hr, 87.5 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)
HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 ml cada 30 días)
<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)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
Analgésicos Opioides, De Acción Rápida		
<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 300-30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 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>butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<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)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2700 ml cada 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ml cada 30 días)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 ml cada 30 días)
<i>morphine sulfate (pf) injection solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 5 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>morphine sulfate (pf) intravenous solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 cápsulas cada 30 días)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 ml cada 30 días)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
Diversos		
<i>8 hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen childrens oral solution 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen er oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen oral tablet 325 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen rectal suppository 120 mg, 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>adult aspirin regimen oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin 81 oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin adult low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin ec low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin rectal suppository 300 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin regimen oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens silapap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ECOTRIN LOW STRENGTH ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ed-apap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL ADULTS RECTAL SUPPOSITORY 650 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL CHILDRENS RECTAL SUPPOSITORY 120 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL INFANTS RECTAL SUPPOSITORY 80 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL JUNIOR STRENGTH RECTAL SUPPOSITORY 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp 8 hour arthritis relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>gnp 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp 8 hour pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp infants pain/fever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense pain & fever child oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense pain relief extra st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm adult aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm aspirin ec low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pain reliever oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>liquid acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mapap arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAPAP CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE 160 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mapap oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>m-pap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain relief oral liquid 500 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain relief regular strength oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARBETOL EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARBETOL ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc enteric aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc non-aspirin childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc pain relief childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain relief oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever oral tablet 325 mg</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)	
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 cápsulas cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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)	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$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)	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$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
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 75 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (480 tabletas cada 30 días)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0 (Nivel 2)	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Antituberculosos		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
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
<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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>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
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>posaconazole oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (630 ml cada 30 días); NDS
<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 1)	PA
<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)	PA; QL (672 tabletas cada año); 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)	
BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
CARESTART COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
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)	
<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)	
CLINITEST RAPID COVID-19 TEST IN VITRO KIT	\$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>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>covid-19 at-home test in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs covid-19 at home test kit in vitro kit</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
DIATRUST COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ellume covid-19 home test in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
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)	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
GENABIO COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%</i>	\$0 (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
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
INDICAID COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<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)
LUCIRA CHECK IT COVID-19 TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>reeses pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (80 cápsulas cada 180 días)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (160 cápsulas cada 180 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
Antimalariales		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral</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 1)	
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
EPCLUSA ORAL 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
<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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 tableta cada 180 días)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 tableta cada 180 días)
Cefalosporinas		
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftazidime and dextrose intravenous solution reconstituted 1-5 gm-%(50ml), 2-5 gm-%(50ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
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		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
E.E.S. 400 ORAL TABLET 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
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)	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Fluoroquinolonas		
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%)	\$0 (Nivel 2)	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>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</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 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>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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 PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nafticillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nafticillin 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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa QL = Límite de cantidad ST = Tratamiento escalonado B/D = Autorización previa de la Parte B versus D LA = Acceso limitado NDS = Suministro por tiempo no extendido 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 hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
CARDIOVASCULAR		
Alfabloqueantes		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antagonistas Del Receptor De Aldosterona		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antagonistas Del Receptor De Angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>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)	
<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)	
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG	\$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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa QL = Límite de cantidad ST = Tratamiento escalonado B/D = Autorización previa de la Parte B versus D LA = Acceso limitado NDS = Suministro por tiempo no extendido 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>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>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0 (Nivel 1)	
PREVALITE ORAL POWDER 4 GM/DOSE	\$0 (Nivel 1)	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0 (Nivel 2)	
Betabloqueadores		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Bloqueadores De Los Canales De Calcio		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 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>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
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)	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Combinaciones Beta-Bloqueadores/Diuréticos		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Combinaciones De Antagonistas Del Receptor De Angiotensina II		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Combinaciones De Inhibidores De Eca		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Diuréticos		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 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
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Diversos		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	QL (450 ml cada 30 días)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>digoxin injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>epinephrine (anaphylaxis) injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Hipertensión Arterial Pulmonar		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	\$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
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
Inhibidores De Ace		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Nitratos		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0 (Nivel 1)	
DIVERSOS		
Diversos		
<i>1st base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ARBEM H-COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
ARBEM LIOPEN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>az cream external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BASE PCCA CLARIFYING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cream base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>emollient base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>grape flavor liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm petroleum jelly external 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
ORAPENN SD ANHYD SWEETENED ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN ORAL LIQUID	\$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 external gel</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>petroleum jelly external 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
<i>polyethylene glycol 3350 powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>scar care external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm alcohol solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SYRSPEND SF ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
U-BASE 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
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>white petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>wound care external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
XCEL 100 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
ENDOCRINO Y METABÓLICO		
Agentes Aglutinantes De Fosfato		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 cápsulas cada 30 días)
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (540 paquetes cada 30 días)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 paquetes cada 30 días)
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	\$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)	
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 2)	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Elevadores De Glucosa		
<i>cvs glucose oral gel 40 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
GLUTOSE 5 ORAL GEL 40 %	\$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
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>value plus glucose oral gel 40 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>deferiasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>deferiasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>deferiasirox oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	\$0 (Nivel 2)	
Analógicos De Vitamina D		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Andrógenos		
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 200 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>methytestosterone oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (600 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (300 g cada 30 días)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (150 g cada 30 días)
Anticonceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>aimsco lubricated</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
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AYUNA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 1)	
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
CAMRESE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
CHATEAL ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
CRYSSELLE-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)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	\$0 (Nivel 2)	
<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>drospiren-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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
DUREX REALFEEL DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
ENILLORING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nivel 1)	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
FANTASY LUBRICATED	\$0 (Nivel 3)	DP
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 (Nivel 3)	DP
FC2 FEMALE CONDOM	\$0 (Nivel 3)	DP
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)	
HALOETTE VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>kimono</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
KIMONO COLORS DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kimono micro thin</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kimono micro thin plus</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kimono plus</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kimono sensation</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kimono sensation plus</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
KIMONO SPECIAL DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
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 MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>maxx</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxx plus</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MONO-LINYAH ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 1)	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg, 0.8-25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)	
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
REALITY LATEX CONDOMS	\$0 (Nivel 3)	DP
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
RIVELSA ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0 (Nivel 1)	
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
SIMLIYA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 1)	
SIMPESSE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
TARINA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LINYAH ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-MARZIA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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-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)	
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDERED	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX NON-LUBRICATED	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX RIA LUBRICATED	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX-NONNOXYNOL-9/RIB/STUD	\$0 (Nivel 3)	DP
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)	
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	\$0 (Nivel 1)	
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
WERA ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
Antidiabéticos, Insulinas		
ADMELOG INJECTION SOLUTION 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
ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
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)	
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	\$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)	
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	\$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)	
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 MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
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 PODS (GEN 3)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)
OMNIPOD GO KIT 10 UNIT/24HR, 15 UNIT/24HR, 20 UNIT/24HR, 25 UNIT/24HR, 30 UNIT/24HR, 35 UNIT/24HR, 40 UNIT/24HR	\$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 (30 dispositivos cada 30 días)
V-GO 30 KIT 30 UNIT/24HR	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 dispositivos cada 30 días)
V-GO 40 KIT 40 UNIT/24HR	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 dispositivos cada 30 días)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (5 plumas cada 30 días)
Antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 30 días)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 30 días)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (75 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 2 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 28 días)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 28 días)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 28 días)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; 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)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)	PA; QL (4 plumas cada 28 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
Diversos		
ALDURAZyme INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>betaine oral powder</i>	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>charcoal powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
CVS KETONE CARE IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 3)	DP
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
GENOTROPIN MINISUBCUTANEOUS 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
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 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, 20 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
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
Endometriosis		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Estrógenos		
AMABELZ ORAL TABLET 0.5-0.1 MG, 1-0.5 MG	\$0 (Nivel 2)	
DOTTI TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	\$0 (Nivel 1)	
Glucocorticoides		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</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>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	\$0 (Nivel 1)	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	
Non-Frf		
ADIPEX-P ORAL CAPSULE 37.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ADIPEX-P ORAL TABLET 37.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzphetamine hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diethylpropion hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG	\$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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
XENICAL ORAL CAPSULE 120 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
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)	
progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg	\$0 (Nivel 1)	
Reguladores De Calcio		
alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml	\$0 (Nivel 1)	
alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg	\$0 (Nivel 1)	
calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act	\$0 (Nivel 1)	B/D
ibandronate sodium oral tablet 150 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
pamidronate disodium intravenous solution 6 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 180 días)
risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg	\$0 (Nivel 1)	
teriparatide (recombinant) subcutaneous solution pen-injector 620 mcg/2.48ml	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
zoledronic acid intravenous solution 4 mg/100ml, 5 mg/100ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Del Receptor H2		
famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2ml	\$0 (Nivel 1)	
famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml	\$0 (Nivel 1)	
famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ml cada 30 días)
famotidine oral tablet 20 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
famotidine oral tablet 40 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antiácidos		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid calcium oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml, 800-800-80 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid oral suspension 400-400-40 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid regular strength oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid/antigas oral suspension 400-400-40 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CAL-GEST ANTACID ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp antacid & anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp magnesium oxide oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm antacid anti-gas ex st oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mag-al plus oral liquid 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mag-al plus xs oral liquid 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oxide oral tablet 250 mg, 400 mg, 420 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mintox maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MINTOX PLUS ORAL TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc antacid oral tablet chewable 500 mg</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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 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 oral tablet chewable 500 mg</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 solution 1 mg/7.5ml</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>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 loperamide hcl oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pink bismuth oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loperamide hcl oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loperamide hcl oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px stomach relief max st oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc diarrhea relief oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc pink bismuth oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RESTORA RX ORAL CAPSULE 60-1.25 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stomach relief oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stomach relief extra strength oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml</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
Antieméticos		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (10 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</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>gnp anti-gas oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gas relief oral tablet chewable 80 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 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$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; QL (28 jeringas cada 28 días); NDS
<i>sm gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gas relief oral tablet chewable 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días)
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 cápsulas cada 30 días)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Enzimas Pancreáticas		
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		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Laxantes		
<i>bisacodyl ec oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bisacodyl rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
COLACE CLEAR ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>docusate calcium oral capsule 240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>docusate mini rectal enema 283 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>docusate sodium oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>docusate sodium oral liquid 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DOCUSOL KIDS RECTAL ENEMA 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
DOCUSOL MINI RECTAL ENEMA 283 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>enema ready-to-use rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$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
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</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>epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fiber oral powder 28.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fiber-lax oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FLEET ENEMA RECTAL ENEMA , 7-19 GM/118ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gavilax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	\$0 (Nivel 1)	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0 (Nivel 1)	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gentlelax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glycerin (adult) rectal suppository 2 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glycerin (infants & children) rectal suppository 1 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glycerin adult rectal suppository 2 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glycerin childrens rectal suppository 1 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GLYCOLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
GNP CLEARLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
GNP CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp glycerin (adult) rectal suppository 2.1 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp glycerin child rectal suppository 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp natural fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp natural fiber oral powder 28.3 %, 48.57 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GOODSENSE CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HEALTHYLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
HM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>konsyl daily fiber oral powder 28.3 %, 60.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>laxative max str oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>laxative regular strength oral tablet 15 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml, 7.75 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MIRALAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>natural psyllium seed oral powder 100 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA-LAX ORAL LIQUID 50 MG/15ML	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA-LAX RECTAL SUPPOSITORY 2.8 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>peg 3350 oral packet 17 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>peg 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0 (Nivel 2)	
<i>polyethylene glycol 3350 oral packet 17 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc enema rectal enema 16-6 gm/133ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc fiber laxative oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc fiber therapy oral powder 25 %, 51.7 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc mineral oil heavy oral oil</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc natural vegetable oral powder 95 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc natura-lax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>qc stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc stool softener pls laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REGULOID ORAL POWDER 28.3 %, 43 %, 48.57 %, 51.7 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SENEXON-S ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral capsule 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral liquid 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral syrup 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-tabs oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-time oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-time s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SEKOKOT EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 17.2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
SM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fiber oral powder 28.3 %, 48.57 %, 58.6 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fiber powder oral powder 25 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stool softener oral capsule 100 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 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stool softener plus laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vegetable lax+stool softener oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GENITOURINARIO		
Antiespasmódicos Urinarios		
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)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>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)	QL (600 ml cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
Antiinfecciosos Vaginales		
<i>3 day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp miconazole 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>miconazole 3 combo-supp vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>miconazole nitrate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MONISTAT 7 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 100 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc 3 day vaginal cream 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm 3-day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm clotrimazole vaginal vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 3 applicator vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 7 vaginal suppository 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Diversos		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	\$0 (Nivel 1)	
Hiperplasia Prostática Benigna		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
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)
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 12500-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/500ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml, 25000-5 ut/500ml-%, 40-5 unit/ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	\$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)	
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (620 ml cada 30 días)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (51 tabletas cada 30 días)
Diversos		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (24 cajas cada 30 días); NDS
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 frascos cada 30 días); NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (20 frascos cada 30 días); NDS
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 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 PREFILLED SYRINGE 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; QL (2 jeringas cada 28 días); NDS
Hierro		
<i>active fe oral tablet 75-1.25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CHROMAGEN 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
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>cvs slow release iron oral tablet extended release 143 (45 fe) mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq slow-release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq iron supplement therapy oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION 510 MG/17ML	\$0 (Nivel 3)	DP
FERATE ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FERGON ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FERIVA 21/7 ORAL TABLET 75-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FERIVAFA ORAL CAPSULE 110-1 MG	\$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 29 mg, 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 solution 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, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLITAB 500 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 105-500-0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLIVANE-F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLIVANE-PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
FUSION ORAL CAPSULE 65-65-25-30 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FUSION PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp iron oral tablet extended release 142 (45 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMATEX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hematinic/folic acid oral tablet 324-1 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
HEMATOGEN FA ORAL CAPSULE 200-250-0.01-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMOCYTE PLUS ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
INFED INJECTION SOLUTION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML	\$0 (Nivel 3)	DP
INTEGRA F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
INTEGRA ORAL CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
INTEGRA PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron 27 oral tablet 240 (27 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron chews pediatric oral tablet chewable 15 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron high-potency oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg, 90 (18 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron slow release oral tablet extended release 143 (45 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron supplement oral solution 220 (44 fe) mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
IRON UP ORAL LIQUID 15 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp ferrous gluconate oral tablet 324 (37.5 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$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
<i>na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution 12.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHRON FA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
NIFEREX ORAL TABLET	\$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
<i>polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polysaccharide-iron complex oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>purevit dualfe plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px iron oral tablet 27 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra high potency iron oral tablet 27 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
<i>ra iron oral tablet 27 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra slow release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>se-tan plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 142 (45 FE) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>slow iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg, 45 mg, 47.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm iron oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm iron slow release oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm slow release iron oral tablet extended release 142 (45 fe) mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TANDEM ORAL CAPSULE 53-53 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
TANDEM PLUS ORAL CAPSULE 162-115.2-1 MG	\$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
VITRON-C ORAL TABLET 65-125 MG	\$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
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0 (Nivel 2)	
Antiglaucoma		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$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>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 2-0.5 %</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)	
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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	\$0 (Nivel 1)	
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)	
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)	
<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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	\$0 (Nivel 2)	
Diversos		
ALCON TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 2)	
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
GENTEAL 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
<i>gnp artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense lubricating eye drop ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm dry eye relief ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<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)	
REFRESH CELLUVISC OPHTHALMIC GEL 1 %	\$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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 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 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 solution 5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE BALANCE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE COMPLETE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$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 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
TYRVAYA NASAL SOLUTION 0.03 MG/ACT	\$0 (Nivel 2)	
<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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
<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>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>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 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, 25 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
BANOPHEN ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
BANOPHEN ORAL TABLET 25 MG	\$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)	QL (300 ml cada 30 días)
<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>complete allergy medicine oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>diphenhydramine hcl childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl 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
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ed chlorped jr oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp all day allergy childrens oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy relief 24 hr oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy relief max st oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy relief oral tablet 180 mg, 25 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp loratadine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense all day allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense aller-ease oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm allergy relief (cetirizine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm allergy relief oral tablet 180 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm cetirizine hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ml cada 30 días)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>liquid allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>m-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pharbedryl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc childrens allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc loratadine allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>siladryl allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm allergy relief oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Beta Agonistas		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	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)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$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)
Combinaciones De Anticolinérgicos/Beta Agonistas		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (60 blísteres 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
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 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)
DULERA INHALATION AEROSOL 100-5 MCG/ACT, 200-5 MCG/ACT, 50-5 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 inhalaciones cada 30 días)
WIXELA INHUB INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	\$0 (Nivel 1)	QL (60 inhalaciones cada 30 días)
Diversos		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
AEROCHAMBER MINI CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER MV	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM	\$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
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROVENT PLUS DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (560 cápsulas cada 28 días); NDS
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
<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
EASIVENT	\$0 (Nivel 3)	DP
EASIVENT MASK LARGE	\$0 (Nivel 3)	DP
EASIVENT MASK MEDIUM	\$0 (Nivel 3)	DP
EASIVENT MASK SMALL	\$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)	
<i>eq space chamber anti-static device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq space chamber anti-static l device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq space chamber anti-static m device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq space chamber anti-static s device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
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
FLEXICHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
INSPIRACHAMBER/LARGE DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
INSPIRACHAMBER/MEDIUM DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
INSPIRACHAMBER/MOUTHPIECE DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
INSPIRACHAMBER/SMALL DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
INSPIREASE	\$0 (Nivel 3)	DP
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 paquetes cada 28 días); NDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
MICROCHAMBER	\$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
MICROCHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
MICROSPACER	\$0 (Nivel 3)	DP
<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
OPTICHAMBER DIAMOND	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK	\$0 (Nivel 3)	DP
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
POCKET CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
POCKET SPACER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pro comfort spacer adult</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pro comfort spacer child</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pro comfort spacer infant device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>procare spacer/adult mask device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>procare spacer/child mask device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
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>pure comfort spacer chamber device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RITEFLO DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (56 tabletas cada año)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 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
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 paquetes cada 28 días); NDS
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
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
Esteroides Nasales		
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 botellas cada 30 días)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	\$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)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
Moduladores De Leucotrieno		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Tos Y Resfriado		
<i>12 hour decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>12 hour nasal decongestant nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>12 hour nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>12 hour nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all day allergy d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief d-12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief d-24 oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aquanaz oral tablet 10-15-400 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BENZEDREX NASAL INHALER	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>capcof oral syrup 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chest congestion relief dm oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chest congestion relief oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens mucus relief cough oral liquid 5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coditussin ac oral liquid 200-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coditussin dac oral liquid 30-10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DECONEX IR ORAL TABLET 10-385 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DELSYM CGH/CHEST CONG DM CHILD ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
DELSYM COUGH CHILDRENS ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
DELSYM COUGH/CHEST CONGEST DM ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
DELSYM ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextromethorphan hbr oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextromethorphan polistirex er oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ed-a-hist dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy & congestion oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp cough dm er oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp mucus er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp mucus relief oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal spray extra moist nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal spray fast acting nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp no drip nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin cf cough & cold oral syrup 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin cough long acting oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin dm cough oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin dm oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin mucus & chest cong oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense mucus er maximum str oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense mucus er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense mucus relief child oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>goodsense tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense tussin dm oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin-dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm allergy relief/nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nasal decongestant 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nose drops nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HYCODAN ORAL SOLUTION 5-1.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release 10-8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet 5-1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydromet oral solution 5-1.5 mg/5ml</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 BP ORAL LIQUID 30-2-7.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID 225-7.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MAXIFED ORAL TABLET 60-360 MG	\$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
M-END PE ORAL LIQUID 3.33-1.33-6.33 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX CHILDRENS FREEFROM ORAL LIQUID 5-100 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
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX COUGH CHILDRENS ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$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 FAST-MAX CONGEST COUGH ORAL TABLET 5-10-200 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX DM MAX ORAL LIQUID 20-400 MG/20ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX FREEFROM SEV CNGST/CGH ORAL LIQUID 10-20-400 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
<i>mucus & chest congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief childrens oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief cough childrens oral liquid 5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief dm oral liquid 20-400 mg/20ml</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 oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal four nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal relief nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal spray extra moisturizing nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NINJACOF-XG ORAL LIQUID 200-8 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
NIVANEX DMX ORAL TABLET 10-15-380 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>no drip nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nohist-dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phenylephrine-dm-gg oral liquid 10-18-200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phenylephrine-dm-gg oral tablet 10-17.5-385 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-tussin ac oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
POLY-VENT IR ORAL TABLET 60-380 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>promethazine vc/codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>promethazine-codeine oral solution 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pseudoephedrine hcl er oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc loratadine-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc nasal decongestant pe oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc suphedrine maximum strength oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc tussin dm cough/congestion oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc tussin mucus/congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc vapor inhaler inhalation inhaler 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>robafen cf multi-symptom cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ROBAFEN DM ORAL LIQUID 20-200 MG/20ML	\$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
<i>rynex pse oral liquid 1-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb allergy relief/nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>siltussin sa oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>siltussin-dm alcohol free oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sinus nasal spray nasal solution 0.05 %</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>sinus relief extra strength nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lorata-dine d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm mucus relief max strength oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal decongestant max st oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<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, 20-200 mg/20ml</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 max oral liquid 20-400 mg/20ml</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 DM ORAL LIQUID 10-20-400 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL DM PEDIATRIC ORAL LIQUID 2.5-5-75 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL ORAL LIQUID 30-15-200 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL PEDIATRIC ORAL LIQUID 15-5-50 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
TUSNEL-DM PEDIATRIC ORAL LIQUID 7.5-2.5-25 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL-EX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$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 max adult oral liquid 5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin dm oral liquid 100-10 mg/5ml</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
VANATAB DM ORAL TABLET 5-9-198 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
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
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (480 ml cada 30 días)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 tabletas cada 30 días)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 tabletas cada 30 días)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (240 ml cada 30 días)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1200 ml cada 30 días)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	\$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)	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$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)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (360 ml cada 30 días); NDS
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (720 ml cada 30 días); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 cápsulas cada 30 días)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2160 ml cada 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>lacosamide 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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>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 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)	
<i>methsuximide oral capsule 300 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; QL (1500 ml cada 30 días)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
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>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (900 ml cada 30 días)
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2400 ml cada 30 días); NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (480 tabletas cada 30 días)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	\$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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 hojas cada 30 días); NDS
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$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
VIGADRONE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas 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); NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (1100 ml cada 30 días); NDS
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)	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</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
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (300 cápsulas 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)	
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$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
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 jeringas cada 30 días); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (12 jeringas cada 28 días); NDS
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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (16 plumas cada año); NDS
Agentes Para Terapia Musculoesquelética		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>baclofen oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VANADOM ORAL TABLET 350 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
Ansiolíticos		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (150 ml cada 30 días)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 ml cada 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
Antidemencia		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (200 ml cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 parches cada 30 días)
Antidepresivos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$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
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$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; QL (2 paquetes cada año)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	\$0 (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>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (900 ml cada 30 días)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tranlycypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$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)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$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
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)	QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml	\$0 (Nivel 1)	
chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
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; QL (2 paquetes cada año)
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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
<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, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
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)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)	
<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); NDS
<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)	QL (2 paquetes cada año)
<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, 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-dextroamphet er 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)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<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
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6 & 12 & 24 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año); 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		
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)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
Migraña		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 30 días)
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 ml cada 30 días); NDS
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (40 tabletas cada 28 días)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 tabletas cada 30 días)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 tabletas cada 30 días)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (18 tabletas cada 30 días)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (18 tabletas cada 30 días)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 unidades cada 30 días)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (24 unidades cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 tabletas cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (18 inyecciones cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 inyecciones cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 inyecciones cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (18 inyecciones cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 inyecciones cada 30 días)
Narcolepsia/Cataplexia		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (540 ml cada 30 días); NDS
Non-Frf		
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gabapentin oral solution 300 mg/6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2160 ml cada 30 días)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</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>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>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
Psicoterapéutico, Varios		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 hojas cada 30 días)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 hojas cada 30 días)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gnp nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine mouth/throat gum 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain relief nighttime oral tablet 250-250-38 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nicotine transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naltrexone hcl oral tablet 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
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 14 MG/24HR	\$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>qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr</i>	\$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>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (2 paquetes cada año)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días)
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 q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co q10 oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coenzyme q10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co-enzyme q10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coenzyme q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq10 maximum strength oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq-10 oral capsule 100 mg, 30 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs coq-10 oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 coq10 oral capsule 100 mg, 200 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
<i>glutamine oral powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp co q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp co q10 oral capsule 100 mg, 200 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>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, 300 mcg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEOQ10 ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
Q-SORB CO Q-10 ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra coenzyme q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm co q-10 oral capsule 100 mg, 200 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
Electrolitos/Minerales, Inyectables		
<i>dextrose 5%/electrolyte #48 intravenous solution</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 2.5-0.45 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %</i>	\$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)	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%, 20-5-0.2 meq/l-%, 20-5-0.45 meq/l-%, 20-5-0.9 meq/l-%, 30-5-0.45 meq/l-%, 40-5-0.45 meq/l-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lactated ringers intravenous solution</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gm/100ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution</i>	\$0 (Nivel 1)	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 20 meq/50ml, 40 meq/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/50ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l</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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>potassium chloride 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
<i>cvs pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ENFAMIL ENFALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>h-e-b oral electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
KINDERLYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
KINDERLYTE PREMAX ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oral electrolytes oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ORALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ped electrolyte freeze pops oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ped electrolyte freezer pops oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA VANCE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE ADVANCED CARE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE SINGLES ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pediatric electrolyte-zinc oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra pediatric electrolyte 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
REHYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Minerales		
<i>600+d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cal-citrate plus vitamin d oral tablet 250-2.5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium + vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 1000 + d oral tablet 1000-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 1200 oral tablet chewable 1200-1000 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500 + d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500 + d3 oral tablet 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500/vitamin d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d high potency oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 + d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 high potency oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d oral tablet chewable 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d high potency oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d3 plus minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet 500-10 mg-mcg, 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet chewable 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate oral powder 800 mg/2gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg, 1500 (600 ca) mg, 600 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
<i>calcium carbonate oral tablet chewable 1250 (500 ca) mg, 260 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate + d oral tablet 250-5 mg-mcg, 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate + d3 maximum oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate + d3 oral tablet 200-6.25 mg-mcg, 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate oral tablet 250 mg, 950 (200 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d oral tablet 200-3.125 mg-mcg, 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium creamies oral tablet chewable 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium high potency oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium high potency/vitamin d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium lactate oral tablet 100 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium oral tablet chewable 500-2.5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium oyster shell oral tablet 1250 (500 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium plus vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium plus vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-15 mg-mcg, 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg, 333-133-8.3 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium-vitamin d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cal-mint oral tablet chewable 260 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CALTRATE 600+D3 SOFT ORAL TABLET CHEWABLE 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
CALTRATE MINIS PLUS MINERALS ORAL TABLET 300-800 MG-UNIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chelated magnesium oral tablet 100 mg</i>	\$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
<i>citrus calcium/vitamin d oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>cvs calcium + d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium 600 & vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium 600 + d/minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium 600+d oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs magnesium oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs magnesium oxide oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs oyster shell calcium-vit d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium 500+d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium 600+d oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium 600+d+minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium citrate/vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium citrate/vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium/vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fluoritab oral solution 0.275 (0.125 f) mg/drop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium 500 +d3 oral tablet 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium 600 +d/minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium 600 +d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium citrate +d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp mag-oxide magnesium oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAG64 ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 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
MAGDELAY ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mag-g oral tablet 500 (27 mg) mg</i>	\$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
<i>magnesium gluconate oral tablet 250 mg, 27.5 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium lactate oral tablet extended release 84 mg (7meq)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement oral tablet 400 (240 mg) mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement oral tablet chewable 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement tablet 250 mg oral</i>	\$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
MAG-OXIDE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>manganese chloride intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mgo oral tablet 400 (240 mg) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NU-MAG ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ORAZINC ORAL CAPSULE 220 (50 ZN) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ORAZINC ORAL TABLET 110 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+D ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium oral tablet 500 mg, 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium plus d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium w/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PRONUTRIENTS CALCIUM+D3 ORAL TABLET 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pure calcium carbonate oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px calcium&d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc calcium fast dissolution oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium 600/vitamin d-3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium cit plus vit d-3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium citrate plus vit d oral tablet 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium cit-vit d-3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium plus vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RA HI CAL ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra natural magnesium oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra zinc oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb calcium + d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb oyster shell calcium oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium 500/vitamin d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium 600+d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium citrate+/vit d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium citrate+vit d3 max oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium/vitamin d3 oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium-vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm magnesium oxide oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm oyster shell calcium/vit d oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium fluoride oral solution 1.1 (0.5 f) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium phosphates intravenous solution 45 mmole/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super calcium 600 + d 400 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super calcium 600 + d3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ZINC 15 ORAL TABLET 66 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc gluconate oral tablet 100 mg, 30 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc oral capsule 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc oral tablet 30 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc sulfate oral capsule 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc sulfate oral tablet 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Nutrición Iv		
<i>chromic chloride intravenous solution 40 mcg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>clinimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/14) intravenous solution 8 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (Nivel 1)	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>cupric chloride intravenous solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose intravenous solution 50 %, 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
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
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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>zinc chloride intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Vitaminas		
<i>50+ adult eye health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a-10000 oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a-25 oral capsule 7.5 mg (25000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acerola c-500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ACTIVNUTRIENTS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>adc/f (0.5mg/ml) oral solution 0.5 mg/ml</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
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE MULTI-VITAMIN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ GUMMY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	\$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>antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>anti-oxidant oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
APPE-CURB ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
AQUA-E ORAL LIQUID 50.25 MG/ML (75 UT/ML)	\$0 (Nivel 3)	DP
AQUASOL A INTRAMUSCULAR SOLUTION 50000 UNIT/ML	\$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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>ascorbic acid oral tablet 500 mg</i>	\$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-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, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 2000 mcg, 50 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, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>baby super daily d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>baby vitamin d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml</i>	\$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
<i>b-complex (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex balanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex/b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex-c (w/folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>better b complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BIO-35 GLUTEN-FREE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biocal oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BIO-D-MULSION FORTE ORAL LIQUID 50 MCG/0.04ML	\$0 (Nivel 3)	DP
BIO-D-MULSION ORAL LIQUID 10 MCG/0.04ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin maximum strength oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin oral capsule 1 mg, 10 mg, 5 mg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin oral tablet 1000 mcg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>body/hair/skin/nails oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bp vit 3 oral capsule 1 mg</i>	\$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 ORAL SOLUTION	\$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
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c 1000 oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c 500 oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-1000 oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-1000 oral tablet extended release 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-1000/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-250 oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-500 oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-500 oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-500/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-chewable oral tablet chewable 500 mg</i>	\$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 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CEROVITE JR ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens animal shapes oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens chew multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens chewable vitamins oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>classic prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cod liver oil oral capsule 4000-200 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cod liver oil w/vit a & d oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>complete multivitamin/mineral oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CORVITA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CULTURELLE KIDS COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV 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
<i>cvx adult 50+ eye health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CVS AIRSHIELD ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx b complex plus c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx biotin high potency oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx biotin oral capsule 10 mg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx chewable c with rose hips oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx chewable childrens vitamin oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx childrens complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx daily gummies adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx e oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx eye health adult 50+ oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx folic acid oral tablet 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx gummy dinos oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx gummy multivitamin kids oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx mens daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite adult 50+ oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx super b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vision health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin b12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin b-12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin d3 oral capsule 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx womens daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/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
<i>d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d 10000 oral capsule 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d-1000 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d2000 ultra strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 2000 oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 baby drops oral liquid 10 mcg /0.025ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 high potency oral capsule 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 high potency oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3-1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3-1000 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d-3-5 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d-5000 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily multiple vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily multivitamin oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily value multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vite multivitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily-vite multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DDROPS ORAL LIQUID 25 MCG /0.028ML, 50 MCG /0.028ML	\$0 (Nivel 3)	DP
DECARA ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT), 625 MCG (25000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
DECUBI-VITE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<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
DIALYVITE 3000 ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
DIALYVITE 5000 ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 800 ORAL TABLET 0.8 MG	\$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
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>d-vite pediatric oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$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
ELDERTONIC ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
ELFOLATE PLUS ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
EMERGEN-C VITAMIN C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ENDUR-ACIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ENDUR-C ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq complete multivitamin child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq multivitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 b complex 50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 child multivit/minerals oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 vitamin d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 vitamin e oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ergocalciferol oral capsule 1.25 mg (50000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ergocalciferol oral solution 200 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ESTER-C ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>eye multivitamin oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eye multivitamin/lutein oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fabb oral tablet 2.2-25-1 mg</i>	\$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
<i>folagent dha oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folamed dha oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folate oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folbee oral tablet 2.5-25-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folbee plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folic acid injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLIXAPURE ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folplex 2.2 oral tablet 2.2-25-0.5 mg</i>	\$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
<i>fruit c 500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fruit c oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>fruity c oral tablet chewable 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fruity chews oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>full spectrum bl/vitamin c oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>genadek step 1 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>genadek step 2 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GERBER GROW MIGHTY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
GERBER LIL' BRAINIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
GERITOL COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glucoten oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp childrens chewables/ex c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp essential one daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp little ones childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin b-12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c w/rose hips oral tablet 500-37 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d maximum strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d super strength oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d3 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin e oral capsule 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/MIN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hair skin nails oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hair/skin/nails oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy eyes supervision 2 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy kids gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>high potency multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HONEY BEARS W/IRON-ZINC ORAL TABLET CHEWABLE 30-200-3	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydroxocobalamin acetate intramuscular solution 1000 mcg/ml</i>	\$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 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>immune support oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
IMMUNERX ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS INJECTABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
IS-D 10,000 ORAL CAPSULE 250 MCG (10000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>just 4 kidz multivit/probiotic oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kobee 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 800 mcg</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
<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>l-methylfolate calcium oral tablet 15 mg, 7.5 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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
MACULAR HEALTH FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MAXIMUM D3 ORAL CAPSULE 325 MCG (13000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>meijer c oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens 50+ advanced oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens daily formulalycopene oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MERIBIN ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
METAFOLBIC PLUS ORAL TABLET 6-2-600 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MOOD FOOD ES ORAL CAPSULE	\$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 for her 50+ oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for her oral capsule</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>multiple vitamins essential 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
<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 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin childrens (w/ fa) oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin childrens gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin childrens oral tablet chewable</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 infant & toddler oral solution , 11 mg/ml</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/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 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
<i>multivitamin/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin/fluoride/iron oral solution 0.25-10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamins plus iron child oral tablet chewable 18 mg</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
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 SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
NASCOBAL NASAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>natural close 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
NEPHPLEX RX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nephro vitamins oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin er oral capsule extended release 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin er oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin oral tablet 250 mg, 50 mg, 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
NIVA-FOL ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>norwegian cod liver oil oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE ADULT 50+ ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE ADULT FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE EYE HEALTH GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN 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
<i>omnicap oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET	\$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
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 MENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$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 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-vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTIFAST POST BARIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTIMAL D3 M ORAL CAPSULE 350 MCG (14000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
OPURITY BYPASS OPTIMIZED ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pan-c 500/bioflavonoids oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pc pediatric poly-vitalfe drop oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pc pediatric poly-vitamin drop 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
PERIDIN-C ORAL TABLET 200-50-150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pharmacist choice d-vitamin oral liquid 400 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phytonadione oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>plain niacin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
POLY-VI-SOL ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
POLY-VI-SOL/IRON ORAL SOLUTION 11 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-vita oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-vitaliron oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-vite pediatric oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-viteliron oral solution 11 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal 19 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal one daily oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal oral tablet 27-0.8 mg, 28-0.8 mg, 6.75-0.2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal vitamin and mineral oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal vitamins oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal/iron oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$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/LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PRORENAL + D W/ OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$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
PUREWAY-C ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PX CHILDRENS VITAMIN ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px vitamin c oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px vitamin e oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pyridoxine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pyridoxine hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc childrens complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc childrens vitamins/extra c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc daily multivitamins/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
QUFLORA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID 0.25-9.5 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 0.125 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML, 0.5 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>quintabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra balanced b-100 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra balanced b-50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra b-complex with b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra biotin oral capsule 2500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra no flush niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-12 oral tablet 100 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin d-3 oral capsule 125 mcg (5000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin d-3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamins complete childrens oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RADIANCE PLATINUM VITAMIN D3 ORAL TABLET 125 MCG (5000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
RENAL ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>renal vitamin oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>rena-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb vitamin c oral tablet 500 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
<i>sm animal shapes complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm animal shapes kids first oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm b super vitamin complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm b100 complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm balanced b-50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm b-complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm chewable vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm multiple vitamins essential oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm multiple vitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm niacin cr oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm super b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vit c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral capsule 100 mcg (4000 ut), 50 mcg, 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>span c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stress formula (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stress formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stress formula/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
STRESSTABS ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
STROVITE ONE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>super antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b complex/fal/vit c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b-complex + vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b-complex/vit c/fa oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super daily d3 oral liquid 25 mcg /0.028ml, 50 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SUPER QUINTS B-50 ORAL TABLET	\$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 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-vitel/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERA-D 2000 ORAL TABLET 50 MCG (2000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
THERA-D 4000 ORAL TABLET 100 MCG (4000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
THERA-D RAPID REPLETION ORAL TABLET 50 MCG (2000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
THERAMILL FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thera-tabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
THEREMS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thiamine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thiamine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thiamine mononitrate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>triphrocaps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tri-vite/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tropical liquid nutrition oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
UDAMIN SP ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
UPSPRING BABY VIT D ORAL LIQUID 10 MCG /0.025ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>v-c forte oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VENEXA FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VENEXA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VIC-FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>virt-caps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VIRT-GARD ORAL TABLET 2.2-25-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vision health oral capsule</i>	\$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
<i>vit e-vit c-beta carotene oral tablet 200-250-5000</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vita c/bioflavonoids/rose hips oral tablet 1000-30-18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitabex plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitachew adult multi vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitachew multiple vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitachew vit c citrus burst oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAJoy DAILY C GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAL-D RX ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitalee oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITALETS CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b + c complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b 12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-1 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b12 oral tablet 100 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-12 oral tablet dispersible 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b12 tr oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b6 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c er oral capsule extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c er oral tablet extended release 1500 mg, 500 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
<i>vitamin c oral tablet 100 mg, 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c oral tablet chewable 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c plus wild rose hips oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c/rose hips tr oral tablet extended release 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips er oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips tr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral tablet 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d high potency oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d infant oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAMIN D-1000 MAX ST ORAL TABLET 25 MCG (1000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH ORAL LIQUID 25 MCG/10ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d-3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 oral liquid 10 mcg/ml, 125 mcg/0.5ml, 125 mcg/ml, 25 mcg/spray, 30 mcg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg, 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut), 75 mcg (3000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e blend oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e oral capsule 1000 unit, 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>vitamin e water soluble oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin k1 injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin-b complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamins acd-fluoride oral solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamins for hair oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitatrum oral tablet chewable</i>	\$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
<i>vp-vite rx oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>westab one oral tablet 2.5-25-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>womens 50+ advanced oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>womens multi gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>womens multi oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>yl folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>yl vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>yl vitamin c oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>yl vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
YOUR LIFE MULTI ADULT GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ZOO FRIENDS/EXTRA C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
TÓPICOS		
Agentes Para Boca/Garganta/Dentales		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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)	
ORASEP MOUTH/THROAT SOLUTION 2-0.5-0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0 (Nivel 1)	
PERIOMED MOUTH/THROAT CONCENTRATE 0.63 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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, Acné		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>adapalene external gel 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
BENZEPRO EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (46,6 g cada 30 días)
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
<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)
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ery external pad 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 compresas cada 30 días)
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g 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>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118 ml cada 30 días)
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (45 g cada 30 días)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (45 g cada 30 días)
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
Dermatología, Agentes Para El Cuidado De Heridas		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 g cada 30 días); NDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0 (Nivel 2)	QL (180 g cada 30 días)
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sterile water for irrigation irrigation solution</i>	\$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Anestésicos Locales		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 ml cada 30 días)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (50 g cada 30 días)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (3 parches cada 1 día)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (50 ml cada 30 días)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D; QL (30 g cada 30 días)
Dermatología, Antibióticos		
<i>bacitracin external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bacitracin zinc-aloe external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>first aid antibiotic external ointment 3.5-400-5000 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
<i>gnp bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp triple antibiotic external ointment</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp triple antibiotic plus external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm triple antibiotic max st external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (220 g cada 30 días)
<i>qc triple antibiotic max st external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sm antibiotic external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm triple antibiotic max st external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	\$0 (Nivel 2)	QL (453,6 g cada 30 días)
<i>triple antibiotic external ointment , 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>triple antibiotic plus external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>triple antibiotic+pain relief external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Dermatología, Anticuerpos		
<i>antifungal (clotrimazole) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antifungal (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antifungal clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>anti-fungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antifungal external powder 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>athletes foot (clotrimazole) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>athletes foot (terbinafine) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>athletes foot powder spray external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>baza antifungal external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>butenafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>castellani paint modified external liquid 1.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 g cada 30 días)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<i>clotrimazole anti-fungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (otc)</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>clotrimazole cream 1 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
<i>clotrimazole solution 1 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clotrimazole solution 1 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 ml cada 30 días)
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
DESENEX EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
FUNGOID TINCTURE EXTERNAL SOLUTION 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp terbinafine hydrochloride external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>miconazole nitrate external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>qc antifungal (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antifungal clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antifungal miconazole external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antifungal tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>terbinafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tolnaftate external powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TRIPLE PASTE AF EXTERNAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ZEASORB-AF EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
Dermatología, Antipsoriáticos		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 g cada 30 días)
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 g cada 30 días)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 ml cada 30 días)
CALCITRENE EXTERNAL OINTMENT 0.005 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 g cada 30 días)
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 g cada 30 días)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días)
Dermatología, Antiseborreicos		
<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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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, 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)	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (50 g cada 30 días)
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (50 g cada 30 días)
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (454 g cada 30 días)
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>cvs lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp lice treatment external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lice killing external shampoo 0.33-4 %, 4-0.33 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lice killing maximum strength external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lice treatment creme rinse external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (59 ml cada 30 días)
<i>permethrin external cream 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
RID LICE KILLING SHAMPOO EXTERNAL SHAMPOO 0.33-4 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lice killing max strength external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lice treatment external lotion 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Dermatología, Varios Para La Piel Y Membranas Mucosas		
<i>ammonium lactate cream 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ammonium lactate cream 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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

LEYENDA

PA = Autorización previa QL = Límite de cantidad ST = Tratamiento escalonado B/D = Autorización previa de la Parte B versus D LA = Acceso limitado NDS = Suministro por tiempo no extendido 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>beta care external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BETA XMA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días); NDS
<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
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
DERMABASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
DIABETIDERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
DIABETIDERM FOOT REJUVENATING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1000 g cada 30 días)
<i>diphenhydramine-zinc acetate external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DML FORTE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
DYNA-HEX 4 EXTERNAL SOLUTION 4 %	\$0 (Nivel 3)	DP
EMOLLIA-CREME EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN 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
GOLD BOND ULTIMATE HEALING 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>hm antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm lidocaine patch external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HYDRASYN25 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 1 %, 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
LAC-HYDRIN FIVE EXTERNAL LOTION 5 %	\$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
<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
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 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)	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
<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
<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 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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (100 g cada 30 días)
<i>therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 g cada 30 días); NDS
VANICREAM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
VELVACHOL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
XERAC AC EXTERNAL SOLUTION 6.25 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF EXTERNAL CREAM 0.033 %	\$0 (Nivel 3)	DP
Óticos		
<i>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
<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.....	96	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		allergy relief d-12.....	97
12 hour nasal decongestant.....	96	LARGE.....	93	allergy relief d-24.....	97
12 hour nasal spray.....	96	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		allergy relief/nasal decongest.....	97
1st base.....	55	MEDIUM.....	93	allergy/congestion relief.....	97
24hr allergy relief.....	90	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		allopurinol.....	36
3 day vaginal.....	80	SMALL.....	93	ALMACONE DOUBLE STRENGTH	72
50+ adult eye health.....	127	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		alosetron hcl.....	74
600+d3.....	121	W/MASK.....	93	alprazolam.....	108
8 hr arthritis pain relief.....	33	AEROCHAMBER PLUS FLOW VU.	93	ALREX.....	87
a thru z select.....	127	AEROCHAMBER		ALTAVERA.....	58
a-10000.....	127	W/FLOWSIGNAL.....	93	aluminum hydroxide gel.....	72
a-25.....	127	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS.....	93	ALUNBRIG.....	15
abacavir sulfate.....	37	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS		alyacen 1/35.....	58
abacavir sulfate-lamivudine.....	38	CHAMBR.....	93	alyacen 7/7/7.....	58
ABELCET.....	39	AEROCHAMBER Z-STAT		AMABELZ.....	69
ABILIFY MAINTENA.....	110	PLUS/LARGE.....	93	amantadine hcl.....	106
abiraterone acetate.....	14	AEROCHAMBER Z-STAT		ambrisentan.....	54
ABRYSVO.....	28	PLUS/MEDIUM.....	93	AMETHIA.....	58
acamprosate calcium.....	116	AEROCHAMBER Z-STAT		amikacin sulfate.....	40
acarbose.....	65	PLUS/SMALL.....	94	amiloride hcl.....	53
ACCUTANE.....	146	AEROVENT PLUS.....	94	amiloride-hydrochlorothiazide.....	53
acebutolol hcl.....	50	AFIRMELLE.....	57	amiodarone hcl.....	48
acerola c-500.....	127	AIMOVIG.....	115	amitriptyline hcl.....	109
acetaminophen.....	34	aimsco lubricated.....	57	AMLADEX.....	127
acetaminophen childrens.....	33, 34	AIRBORNE.....	127	amlodipine besy-benazepril hcl.....	52
acetaminophen er.....	34	AIRBORNE GUMMIES.....	127	amlodipine besylate.....	50
acetaminophen extra strength.....	34	AIRBORNE KIDS.....	127	amlodipine besylate-valsartan.....	52
acetaminophen infants.....	34	AIRBORNE+GOOD REST.....	127	amlodipine-olmesartan.....	52
acetaminophen-codeine.....	32	AIRBORNE+NATURAL ENERGY.....	127	ammonium lactate.....	150
acetazolamide.....	52	AIRBORNE+PROBIOTIC.....	127	AMNESTEEM.....	146
acetazolamide er.....	52	ala-cort.....	149	amoxapine.....	109
acetic acid.....	81, 89	albendazole.....	40	amoxicillin.....	46
acetylcysteine.....	93	albuterol sulfate.....	92	amoxicillin-pot clavulanate.....	46, 47
acitretin.....	148	albuterol sulfate hfa.....	92	amoxicillin-pot clavulanate er.....	46
ACTHIB.....	28	alcometasone dipropionate.....	149	amphetamine-dextroamphet er.....	113
ACTIMMUNE.....	27	ALCON TEARS.....	88	amphetamine-dextroamphetamine.....	113
active fe.....	82	ALDURAZYME.....	67	amphotericin b.....	39
ACTIVNUTRIENTS.....	127	ALECENSA.....	15	amphotericin b liposome.....	39
acyclovir.....	43	alendronate sodium.....	71	ampicillin.....	47
acyclovir sodium.....	43	alfuzosin hcl er.....	81	ampicillin sodium.....	47
ADACEL.....	28	aliskiren fumarate.....	53	ampicillin-sulbactam sodium.....	47
adapalene.....	146	ALIVE HAIR, SKIN & NAILS.....	127	anagrelide hcl.....	82
adclf (0.5mg/ml).....	127	ALIVE MULTI-VITAMIN.....	127	anastrozole.....	14
adefovir dipivoxil.....	43	ALIVE WOMENS 50+.....	127	ANORO ELLIPTA.....	92
ADEK GUMMIES PLUS ZN.....	127	ALIVE WOMENS 50+ GUMMY.....	127	antacid.....	72
ADEMPAS.....	54	ALIVE WOMENS GUMMY.....	127	antacid calcium.....	72
ADIPEX-P.....	70	all day allergy.....	90	antacid maximum strength.....	72
ADMELOG.....	63	all day allergy childrens.....	90	antacid regular strength.....	72
ADMELOG SOLOSTAR.....	64	all day allergy d.....	96	antacid/antigas.....	72
adult aspirin regimen.....	34	ALLBEE/C.....	127	anti-diarrheal.....	73
adult one daily gummies.....	127	all-day allergy childrens.....	90	antifungal.....	147
ADVAIR HFA.....	93	aller-chlor.....	90	anti-fungal.....	147
ADVANCED MULTI EA.....	127	allergy.....	90	antifungal (clotrimazole).....	147
ADVANTAGE CARE		allergy 24-hr.....	90	antifungal (tolnaftate).....	147
ELECTROLYTE PED.....	120	allergy childrens.....	90	antifungal clotrimazole.....	147
AEROCHAMBER MINI CHAMBER.....	93	allergy rel child (loratadine).....	90	anti-itch.....	150
AEROCHAMBER MV.....	93	allergy relief.....	90	antioxidant.....	127
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU.....	93	allergy relief childrens.....	90	anti-oxidant.....	127
		allergy relief d.....	97	antiseptic skin cleanser.....	150

APPE-CURB.....	127	AYUNA.....	58	<i>beta care</i>	151
<i>aprepitant</i>	74	AYVAKIT.....	16	BETA XMA.....	151
APRI.....	58	<i>az cream</i>	55	<i>betaine</i>	67
APTIOM.....	103	azacitidine.....	23	<i>betamethasone dipropionate</i>	149
APTIVUS.....	37	azathioprine.....	28	<i>betamethasone dipropionate aug..</i>	149
AQUA GLYCOLIC FACE.....	150	azelastine hcl.....	85, 90	<i>betamethasone valerate</i>	149
AQUA-E.....	127	azithromycin.....	45	BETASERON.....	107
<i>aquanaz</i>	97	aztreonam.....	40	<i>betaxolol hcl</i>	50, 85
AQUASOL A.....	127	AZURETTE.....	58	<i>bethanechol chloride</i>	81
<i>aqueous vitamin d</i>	127	<i>b complex</i>	128	BETOPTIC-S.....	85
ARALAST NP.....	94	<i>b complex (folic acid)</i>	128	<i>better b complex</i>	128
ARANELLE.....	58	<i>b complex vitamins</i>	128	BEVESPI AEROSPHERE.....	93
ARBEM H-COSMETIC.....	55	<i>b complex-c</i>	128	<i>bexarotene</i>	24, 151
ARBEM LIOPEN.....	55	<i>b complex-c-folic acid</i>	128	BEXSERO.....	29
ARCALYST.....	27	<i>b-1</i>	128	<i>bicalutamide</i>	14
AREXVY.....	28	<i>b-12</i>	128	BICILLIN L-A.....	47
<i>aripiprazole</i>	110	<i>b-12 tr</i>	128	BIKTARVY.....	39
ARISTADA.....	110, 111	<i>b-6</i>	128	BINAXNOW COVID-19 AG HOME	
ARISTADA INITIO.....	110	<i>b6 natural</i>	128	TEST.....	40
<i>armodafinil</i>	115	<i>baby super daily d3</i>	128	BIO-35 GLUTEN-FREE.....	128
ARNUITY ELLIPTA.....	96	<i>baby vitamin d3</i>	128	<i>biocal</i>	128
<i>arthritis pain relief</i>	34	<i>bacitracin</i>	86, 146	BIO-D-MULSION.....	128
<i>arthritis pain reliever</i>	34	<i>bacitracin zinc</i>	146	BIO-D-MULSION FORTE.....	128
<i>arthritis pain relieving</i>	150	<i>bacitracin zinc-aloe</i>	146	BIOLYTE.....	120
<i>ascorbic acid</i>	127, 128	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	86	<i>biotin</i>	128
<i>asenapine maleate</i>	111	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	86	<i>biotin maximum strength</i>	128
ASHLYNA.....	58	<i>baclofen</i>	108	<i>bisacodyl</i>	76
<i>aspirin</i>	34	BAFIERTAM.....	107	<i>bisacodyl ec</i>	76
<i>aspirin 81</i>	34	<i>balance b-50</i>	128	<i>bismatrol</i>	73
<i>aspirin adult low dose</i>	34	<i>balsalazide disodium</i>	75	<i>bisoprolol fumarate</i>	50
<i>aspirin adult low strength</i>	34	BALVERSA.....	16	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	51
<i>aspirin ec low strength</i>	34	BALZIVA.....	58	BIVIGAM.....	27
<i>aspirin low dose</i>	34	BANOPHEN.....	90, 150	BLISOVI 24 FE.....	58
<i>aspirin regimen</i>	34	BARACLUDE.....	43	BLISOVI FE 1.5/30.....	58
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	85	<i>bariatric multivitamins/iron</i>	128	<i>body/hair/skin/nails</i>	128
ASSURE ID INSULIN SAFETY		BASAGLAR KWIKPEN.....	64	BOOSTRIX.....	29
SYR.....	64	BASE PCCA CLARIFYING.....	55	<i>bortezomib</i>	16
ASTAGRAF XL.....	27, 28	BASLE.....	150	<i>bosentan</i>	54
<i>atazanavir sulfate</i>	37	<i>baza antifungal</i>	147	BOSULIF.....	16
<i>atenolol</i>	50	<i>bcg vaccine</i>	28	<i>bp vit 3</i>	128
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	51	<i>b-complex (folic acid)</i>	128	BPROTECTED MULTI-VITE.....	128
<i>athletes foot (clotrimazole)</i>	147	<i>b-complex balanced</i>	128	BPROTECTED PEDIA D-VITE.....	128
<i>athletes foot (terbinafine)</i>	147	<i>b-complex/b-12</i>	128	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE	
<i>athletes foot powder spray</i>	147	<i>b-complex/vitamin c</i>	128		128
<i>atomoxetine hcl</i>	113	<i>b-complex-c</i>	128	BPROTECTED PEDIA POLY-	
<i>atorvastatin calcium</i>	49	<i>b-complex-c (w/folic acid)</i>	128	VITE/FE.....	129
<i>atovaquone</i>	40	<i>benazepril hcl</i>	54	BRAFTOVI.....	16
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	43	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	52	BREO ELLIPTA.....	93
<i>atropine sulfate</i>	88	BENDEKA.....	14	BREZTRI AEROSPHERE.....	93
ATROVENT HFA.....	90	BENLYSTA.....	28	<i>brillyn</i>	58
AUBRA EQ.....	58	BENZEDREX.....	97	BRILINTA.....	85
AUROVELA 1/20.....	58	BENZEPRO.....	146	<i>brimonidine tartrate</i>	86
AUROVELA 24 FE.....	58	<i>benzoin</i>	150	<i>brinzolamide</i>	86
AUROVELA FE 1.5/30.....	58	<i>benzonatate</i>	97	BRIVIACT.....	103, 115
AUROVELA FE 1/20.....	58	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	146	<i>bromocriptine mesylate</i>	107
AUSTEDO.....	114	<i>benzphetamine hcl</i>	70	BROMSITE.....	87
AUSTEDO XR.....	114	<i>benztropine mesylate</i>	106	BRONCHITOL.....	94
AUSTEDO XR PATIENT		BERINERT.....	82	BRUKINSA.....	16
TITRATION.....	114	BESIVANCE.....	87	<i>budesonide</i>	75, 96
AVIANE.....	58	BESREMI.....	23	<i>budesonide er</i>	75

<i>bumetanide</i>	53	<i>calcium citrate+d3</i>	122	<i>cefpodoxime proxetil</i>	44
<i>buprenorphine</i>	32	<i>calcium citrate+d3 petites</i>	122	<i>cefprozil</i>	45
<i>buprenorphine hcl</i>	116	<i>calcium citrate-vitamin d</i>	122	<i>ceftazidime</i>	45
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	116	<i>calcium citrate-vitamin d3</i>	122	<i>ceftazidime and dextrose</i>	45
<i>bupropion hcl</i>	109	<i>calcium creamies</i>	122	<i>ceftriaxone sodium</i>	45
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	116	<i>calcium gluconate</i>	122	<i>cefuroxime axetil</i>	45
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	109	<i>calcium high potency</i>	122	<i>cefuroxime sodium</i>	45
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	109	<i>calcium high potency/vitamin d</i>	122	<i>celecoxib</i>	31
<i>buspirone hcl</i>	108	<i>calcium lactate</i>	122	CENTRUM.....	129
<i>butenafine hcl</i>	147	<i>calcium oyster shell</i>	122	CENTRUM FLAVOR BURST	
<i>butorphanol tartrate</i>	33	<i>calcium plus vitamin d</i>	122	ADULT.....	129
BYDUREON BCISE.....	65	<i>calcium plus vitamin d3</i>	122	CENTRUM FLAVOR BURST KIDS	
BYETTA 10 MCG PEN.....	65	<i>calcium+d3</i>	122		129
BYETTA 5 MCG PEN.....	65	<i>calcium-magnesium-zinc</i>	122	CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ...	129
<i>c 1000</i>	129	<i>calcium-vitamin d3</i>	122	CENTRUM FRESH/FRUITY	
<i>c 500</i>	129	CAL-GEST ANTACID.....	72	ADULT.....	129
<i>c-1000</i>	129	<i>cal-mint</i>	122	CENTRUM KIDS.....	129
<i>c-1000/rose hips</i>	129	CALMOSEPTINE.....	151	CENTRUM SILVER.....	129
<i>c-250</i>	129	CALQUENCE.....	16	<i>cephalexin</i>	45
<i>c-500</i>	129	CALTRATE 600+D3 SOFT.....	122	CERALYTE 70.....	120
<i>c-500/rose hips</i>	129	CALTRATE MINIS PLUS		CERASPORT.....	120
<i>cabergoline</i>	67	MINERALS.....	122	CERASPORT EX1.....	120
CABOMETYX.....	16	CAMILA.....	58	CERAVE MOISTURIZING.....	151
<i>calamine phenolated</i>	151	CAMRESE.....	58	CERAVE SA ROUGH & BUMPY	
<i>calamine-zinc oxide</i>	151	CAMRESE LO.....	58	SKIN.....	151
<i>calcipotriene</i>	148	<i>candesartan cilexetil</i>	48	CERDELGA.....	67
<i>calcitonin (salmon)</i>	71	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	52	CEREZYME.....	67
<i>cal-citrate plus vitamin d</i>	121	<i>capcof</i>	97	CEROVITE JR.....	129
CALCITRENE.....	148	CAPLYTA.....	111	CETAPHIL MOISTURIZING.....	151
<i>calcitriol</i>	57	CAPRELSA.....	16	CETAPHIL THERAPEUTIC HAND	151
<i>calcium</i>	122	<i>capsaicin</i>	151	<i>cetirizine hcl</i>	90
<i>calcium + vitamin d3</i>	121	<i>capsaicin pain relief</i>	151	<i>cetirizine hcl allergy child</i>	90
<i>calcium 1000 + d</i>	121	<i>captopril</i>	54	<i>cetirizine hcl childrens</i>	90
<i>calcium 1200</i>	121	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	52	<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	90
<i>calcium 500 + d</i>	121	<i>carbamazepine</i>	103	<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	97
<i>calcium 500 + d3</i>	121	<i>carbamazepine er</i>	103	<i>cevimeline hcl</i>	145
<i>calcium 500/d</i>	121	<i>carbidopa-levodopa</i>	107	<i>charcoal</i>	67
<i>calcium 500/vitamin d</i>	121	<i>carbidopa-levodopa er</i>	107	CHATEAL.....	58
<i>calcium 500+d</i>	121	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> ...	107	<i>chelated magnesium</i>	122
<i>calcium 500+d high potency</i>	121	<i>carboplatin</i>	14	CHEMET.....	57
<i>calcium 500+d3</i>	121	CARESTART COVID-19 HOME		<i>chest congestion relief</i>	97
<i>calcium 600</i>	121	TEST.....	40	<i>chest congestion relief dm</i>	97
<i>calcium 600 + d</i>	121	<i>carglumic acid</i>	67	<i>childrens animal shapes</i>	129
<i>calcium 600 high potency</i>	121	<i>carisoprodol</i>	108	<i>childrens chew multivitamin</i>	129
<i>calcium 600/vitamin d</i>	121	<i>carteolol hcl</i>	86	<i>childrens chewable vitamins</i>	129
<i>calcium 600/vitamin d3</i>	121	CARTIA XT.....	50	<i>childrens gummies</i>	129
<i>calcium 600+d</i>	121	<i>carvedilol</i>	50	<i>childrens ibuprofen</i>	31
<i>calcium 600+d high potency</i>	121	<i>caspofungin acetate</i>	39	<i>childrens loratadine</i>	90
<i>calcium 600+d3</i>	121	<i>castellani paint modified</i>	147	<i>childrens mucus relief cough</i>	97
<i>calcium 600+d3 plus minerals</i>	121	CAYSTON.....	40	<i>childrens silapap</i>	34
<i>calcium acetate</i>	56	<i>c-chewable</i>	129	<i>chlorhexidine gluconate</i>	145
<i>calcium acetate (phos binder)</i>	56	<i>cefaclor</i>	44	<i>chloroquine phosphate</i>	43
<i>calcium antacid</i>	72	<i>cefaclor er</i>	44	<i>chlorpromazine hcl</i>	111
<i>calcium carb-cholecalciferol</i>	121	<i>cefadroxil</i>	44	<i>chlorthalidone</i>	53
<i>calcium carbonate</i>	121, 122	<i>cefazolin sodium</i>	44	<i>cholestyramine</i>	49
<i>calcium carbonate antacid</i>	72	<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	44	<i>cholestyramine light</i>	49
<i>calcium citrate</i>	122	<i>cefdinir</i>	44	CHROMAGEN.....	82
<i>calcium citrate + d</i>	122	<i>cefepime hcl</i>	44	<i>chromic chloride</i>	126
<i>calcium citrate + d3</i>	122	<i>cefixime</i>	44	<i>ciclopirox olamine</i>	147
<i>calcium citrate + d3 maximum</i>	122	<i>cefoxitin sodium</i>	44	<i>cilostazol</i>	82

CILOXAN.....	87	coenzyme q-10.....	117	cvs biotin.....	130
CIMDUO.....	39	co-enzyme q10.....	117	cvs biotin high potency.....	130
cinacalcet hcl.....	67	COLACE CLEAR.....	76	cvs calcium + d3.....	123
CIPRO.....	46	colchicine.....	36	cvs calcium 600 & vitamin d3.....	123
ciprofloxacin hcl.....	46, 87	colchicine-probenecid.....	36	cvs calcium 600 + d/minerals.....	123
ciprofloxacin in d5w.....	46	colesevelam hcl.....	49	cvs calcium 600+d.....	123
ciprofloxacin-dexamethasone.....	89	colestipol hcl.....	49	cvs calcium carbonate.....	123
cisplatin.....	14	colistimethate sodium (cba).....	41	cvs calcium citrate+d3 petites.....	123
citalopram hydrobromide.....	109	COMBIGAN.....	86	cvs chewable c with rose hips.....	130
CITRACAL MAXIMUM.....	122	COMBIVENT RESPIMAT.....	93	cvs chewable childrens vitamin.....	130
CITRACAL PETITES/VITAMIN D..	122	COMETRIQ (100 MG DAILY		cvs childrens complete.....	130
citrus calcium/vitamin d.....	122	DOSE).....	16	cvs coenzyme q-10.....	117
CLARAVIS.....	146	COMETRIQ (140 MG DAILY		cvs coq-10.....	117
clarithromycin.....	45	DOSE).....	16	cvs cough dm.....	97
clarithromycin er.....	45	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	16	cvs covid-19 at home test kit.....	41
classic prenatal.....	129	COMFORT ASSIST INSULIN		cvs d3.....	130
CLEARLAX.....	76	SYRINGE.....	64	cvs daily gummies.....	130
CLEVER CHOICE HOLDING		COMPACT SPACE CHAMBER.....	94	cvs daily gummies adult.....	130
CHAMBER.....	94	COMPACT SPACE CHAMBER/LG		cvs e.....	130
clindamycin hcl.....	40	MASK.....	94	cvs electrolyte solution.....	120
clindamycin palmitate hcl.....	40	COMPACT SPACE		cvs eye health adult 50+.....	130
clindamycin phosphate.....	40, 80, 146	CHAMBER/MED MASK.....	94	cvs folic acid.....	130
clindamycin phosphate in d5w.....	40	COMPACT SPACE CHAMBER/SM		cvs gauze sterile.....	64
clindamycin phosphate in nacl.....	40	MASK.....	94	cvs glucose.....	56
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)...	126	COMPLERA.....	39	cvs gummy dinos.....	130
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	126	complete allergy medicine.....	90	cvs gummy multivitamin kids.....	130
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	126	complete multivitamin/mineral.....	129	cvs iron.....	83
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	126	COMPRO.....	74	CVS KETONE CARE.....	67
clinimix/dextrose (6/5).....	126	constulose.....	76	cvs lice treatment.....	150
clinimix/dextrose (8/10).....	126	COPIKTRA.....	16	cvs magnesium.....	123
clinimix/dextrose (8/14).....	126	coq10.....	117	cvs magnesium oxide.....	123
CLINISOL SF.....	126	coq-10.....	117	cvs mens daily gummies.....	130
CLINITEST RAPID COVID-19		coq10 maximum strength.....	117	cvs oyster shell calcium-vit d.....	123
TEST.....	40	CORLANOR.....	53	cvs ped electrolyte freeze pop.....	120
CLINOLIPID.....	126	CORVITA.....	129	cvs pediatric electrolyte.....	120
clobazam.....	103	CORVITA 150.....	83	cvs slow release iron.....	83
clobetasol propionate.....	149	CORVITE 150.....	83	cvs spectravite adult 50+.....	130
clobetasol propionate e.....	149	corvite fe.....	83	cvs super b complex/c.....	130
clomipramine hcl.....	109	COTELLIC.....	16	cvs vision health.....	130
clonazepam.....	103	cough dm.....	97	cvs vitamin b12.....	130
clonidine.....	53	cough dm childrens.....	97	cvs vitamin b-12.....	130
clonidine hcl.....	53	covid-19 at-home test.....	41	cvs vitamin c.....	130
clopidogrel bisulfate.....	85	cream base.....	55	cvs vitamin c-rose hips.....	130
clorazepate dipotassium.....	103	CREON.....	76	cvs vitamin d3.....	130
CLORPACTIN.....	151	cromolyn sodium.....	74, 85, 94	cvs vitamin e.....	130
clotrimazole.....	80, 145, 147, 148	CRYSELLE-28.....	58	cvs womens daily gummies.....	130
clotrimazole 3.....	80	CULTURELLE KIDS COMPLETE.....	129	cvs zinc gluconate.....	123
clotrimazole anti-fungal.....	147	CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-		cyanocobalamin.....	130
clotrimazole-betamethasone.....	148	MV.....	129	cyclobenzaprine hcl.....	108
clozapine.....	111	CULTURELLE PROBIOTICS +		cyclophosphamide.....	14
co q 10.....	117	MULTIV.....	129	cycloserine.....	38
co q10.....	117	cupric chloride.....	126	cyclosporine.....	28
co q-10.....	117	cvs adult 50+ eye health.....	130	cyclosporine modified.....	28
COARTEM.....	43	CVS AIRSHIELD.....	130	cyproheptadine hcl.....	90
coconut oil beauty.....	151	CVS AIRSHIELD IMMUNITY		CYRED EQ.....	58
cod liver oil.....	129	SUPPORT.....	130	CYSTADROPS.....	88
cod liver oil w/vit a & d.....	129	cvs b complex plus c.....	130	CYSTAGON.....	67
coditussin ac.....	97	cvs b-1.....	130	CYSTARAN.....	88
coditussin dac.....	97	cvs b-12.....	130	cytarabine.....	23
coenzyme q10.....	117	cvs b6.....	130	d 1000.....	131

<i>d 10000</i>	131	<i>desipramine hcl</i>	109	<i>diphenhydramine-zinc acetate</i>	151
<i>d 5000</i>	131	<i>desmopressin ace spray refrig</i>	67	<i>diphenoxylate-atropine</i>	74
<i>d-1000 extra strength</i>	131	<i>desmopressin acetate</i>	67	<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>	29
<i>d2000 ultra strength</i>	131	<i>desmopressin acetate pf</i>	67	<i>dipyridamole</i>	85
<i>d3</i>	131	<i>desmopressin acetate spray</i>	67	<i>disopyramide phosphate</i>	48
<i>d3 2000</i>	131	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	58	<i>disulfiram</i>	116
<i>d3 5000</i>	131	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	109	<i>divalproex sodium</i>	104
<i>d3 baby drops</i>	131	<i>dexamethasone</i>	69, 70	<i>divalproex sodium er</i>	104
<i>d3 high potency</i>	131	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	69	DML FORTE.....	151
<i>d3 maximum strength</i>	131	<i>dexamethasone sod phosphate pf</i> ...70		<i>docetaxel</i>	24
<i>d3 super strength</i>	131	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>		<i>docusate calcium</i>	76
<i>d3-1000</i>	131		70, 87	<i>docusate mini</i>	76
<i>d-3-5</i>	131	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	113	<i>docusate sodium</i>	76
<i>d-400</i>	131	<i>dextromethorphan hbr</i>	97	DOCUSOL KIDS.....	76
<i>d-5000</i>	131	<i>dextromethorphan polistirex er</i>	97	DOCUSOL MINI.....	76
<i>daily multiple vitamins</i>	131	<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>	98	<i>dofetilide</i>	48
<i>daily multivitamin</i>	131	<i>dextrose</i>	126	<i>donepezil hcl</i>	108
<i>daily value multivitamin</i>	131	<i>dextrose 5%/electrolyte #48</i>	118	DOPTLET.....	82
<i>daily vitamins</i>	131	<i>dextrose in lactated ringers</i>	118	<i>dorzolamide hcl</i>	86
<i>daily vite</i>	131	<i>dextrose-nacl</i>	118	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	86
<i>daily vite multivitamin/iron</i>	131	<i>dextrose-sodium chloride</i>	118	DOTTI.....	69
<i>daily vites</i>	131	DIABETIDERM.....	151	DOVATO.....	39
<i>daily-vite</i>	131	DIABETIDERM FOOT		<i>doxazosin mesylate</i>	48
<i>daily-vite multivitamin</i>	131	REJUVENATING.....	151	<i>doxepin hcl</i>	109, 114
<i>dalfampridine er</i>	107	DIACOMIT.....	103, 104	<i>doxorubicin hcl</i>	23
<i>danazol</i>	69	DIALYVITE.....	132	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	23
<i>dantrolene sodium</i>	108	DIALYVITE 3000.....	131	DOXY 100.....	47
<i>dapsone</i>	41	DIALYVITE 5000.....	132	<i>doxycycline hyclate</i>	47, 48
DAPTACEL.....	29	DIALYVITE 800.....	132	<i>doxycycline monohydrate</i>	48
<i>daptomycin</i>	41	DIALYVITE 800/ZINC.....	132	DRISDOL.....	132
<i>darunavir</i>	37	DIALYVITE 800-ZINC 15.....	132	<i>dronabinol</i>	74
DASETTA 1/35.....	58	DIALYVITE SUPREME D.....	132	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	58
DASETTA 7/7/7.....	58	DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	132	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	58
DAURISMO.....	16	DIALYVITE/ZINC.....	132	DROXIA.....	82
DAYSEE.....	58	DIATRUST COVID-19 HOME		<i>droxidopa</i>	53
DAYVIGO.....	114	TEST.....	41	DRY EYE FORMULA.....	132
DDROPS.....	131	<i>diazepam</i>	104, 115	DULERA.....	93
DEBLITANE.....	58	DIAZEPAM INTENSOL.....	104	<i>duloxetine hcl</i>	109
DECARA.....	131	<i>diazoxide</i>	56	DUPIXENT.....	25
DECONEX IR.....	97	<i>diclofenac potassium</i>	31	DUREX REALFEEL.....	59
DECUBI-VITE.....	131	<i>diclofenac sodium</i>	31, 87, 151	<i>dutasteride</i>	81
<i>deferasirox</i>	57	<i>diclofenac sodium er</i>	31	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	81
<i>deferasirox granules</i>	57	<i>dicloxacillin sodium</i>	47	D-VI-SOL.....	132
<i>dekas bariatric</i>	131	<i>dicyclomine hcl</i>	74	<i>d-vite pediatric</i>	132
DEKAS PLUS.....	131	<i>diethylpropion hcl</i>	70	DYNA-HEX 4.....	151
DEKAS PLUS OCEAN.....	131	<i>diethylpropion hcl er</i>	70	<i>e 1000</i>	132
DELSTRIGO.....	39	DIFFERIN.....	146	E.E.S. 400.....	45
DELSYM.....	97	DIFICID.....	45	<i>e200</i>	132
DELSYM CGH/CHEST CONG DM		<i>diflunisal</i>	31	<i>e-200</i>	132
CHILD.....	97	<i>digoxin</i>	53	<i>ear drops</i>	153
DELSYM COUGH CHILDRENS.....	97	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	115	EASIVENT.....	94
DELSYM COUGH/CHEST		DILANTIN.....	104	EASIVENT MASK LARGE.....	94
CONGEST DM.....	97	DILANTIN INFATABS.....	104	EASIVENT MASK MEDIUM.....	94
<i>delta d3</i>	131	<i>diltiazem hcl</i>	51	EASIVENT MASK SMALL.....	94
DENGVAZIA.....	29	<i>diltiazem hcl er</i>	51	<i>ec-naproxen</i>	31
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	58	<i>diltiazem hcl er beads</i>	51	ECOTRIN LOW STRENGTH.....	34
DEPO-TESTOSTERONE.....	57	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	51	<i>ed chlorped jr</i>	91
DERMABASE.....	151	<i>dilt-xr</i>	51	<i>ed-a-hist dm</i>	98
DESCOVY.....	39	<i>diphenhydramine hcl</i>	90, 91	<i>ed-apap</i>	34
DESENEX.....	148	<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	90	EDURANT.....	37

<i>efavirenz</i>	37	<i>eq multivitamin gummies</i>	132	EULEXIN.....	14
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	39	<i>eq slow-release iron</i>	83	EUTHYROX.....	56
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	39	<i>eq space chamber anti-static</i>	94	<i>everolimus</i>	17, 28
ELDERTONIC.....	132	<i>eq space chamber anti-static l</i>	94	EVOTAZ.....	39
ELFOLATE PLUS.....	132	<i>eq space chamber anti-static m</i>	94	EXEL COMFORT POINT PEN	
ELIGARD.....	14	<i>eq space chamber anti-static s</i>	94	NEEDLE.....	64
ELINEST.....	59	<i>eq therapeutic moisturizing</i>	151	<i>exemestane</i>	15
ELIQUIS.....	81	<i>eq b complex 50</i>	132	EXKIVITY.....	17
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	81	<i>eq b-6</i>	132	<i>eye multivitamin</i>	133
ELLECE.....	23	<i>eq calcium citrate/vitamin d</i>	123	<i>eye multivitamin/lutein</i>	133
<i>ellume covid-19 home test</i>	41	<i>eq calcium citrate/vitamin d3</i>	123	EYSUVIS.....	87
ELURYNG.....	59	<i>eq calcium/vitamin d</i>	123	<i>ezetimibe</i>	49
EMCYT.....	14	<i>eq calcium/vitamin d3</i>	123	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	50
EMERGEN-C VITAMIN C.....	132	<i>eq child multivit/minerals</i>	132	<i>fabb</i>	133
EMOLLIA-CREME.....	151	<i>eq coq10</i>	117	FABRAZYME.....	67
<i>emollient base</i>	55	<i>eq iron supplement therapy</i>	83	FALMINA.....	59
EMSAM.....	109	<i>eq slow release iron</i>	83	<i>famciclovir</i>	43
<i>emtricitabine</i>	37	<i>eq super b complex/vitamin c</i>	132	<i>famotidine</i>	71
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	39	<i>eq vitamin b-12</i>	132	<i>famotidine (pf)</i>	71
EMTRIVA.....	37	<i>eq vitamin c</i>	132	<i>famotidine premixed</i>	72
EMVERM.....	41	<i>eq vitamin c/rose hips</i>	132	FANAPT.....	111
<i>enalapril maleate</i>	54	<i>eq vitamin d3</i>	132	FANAPT TITRATION PACK.....	111
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	52	<i>eq vitamin e</i>	132	FANTASY LUBRICATED.....	59
ENBREL.....	25	<i>ergocalciferol</i>	132	FANTASY	
ENBREL MINI.....	25	<i>ergotamine-caffeine</i>	115	LUBRICATED/SPERMICIDE.....	59
ENBREL SURECLICK.....	25	ERIVEDGE.....	17	FARXIGA.....	65
ENDARI.....	82	ERLEADA.....	14	FASENRA.....	94
ENDOCET.....	33	<i>erlotinib hcl</i>	17	FASENRA PEN.....	94
ENDUR-ACIN.....	132	ERRIN.....	59	FC2 FEMALE CONDOM.....	59
ENDUR-C.....	132	<i>ertapenem sodium</i>	41	<i>felbamate</i>	104
<i>enema</i>	76	<i>ery</i>	146	<i>felodipine er</i>	51
<i>enema ready-to-use</i>	76	ERY-TAB.....	46	<i>fenofibrate</i>	49
ENEMEEZ MINI.....	76	ERYTHROCIN LACTOBIONATE...	46	<i>fenofibrate micronized</i>	49
ENEMEEZ PLUS.....	76	ERYTHROCIN STEARATE.....	46	<i>fentanyl</i>	32
ENFAMIL ENFALYTE.....	120	<i>erythromycin</i>	46, 87, 146	<i>fentanyl citrate</i>	33
ENGERIX-B.....	29	<i>erythromycin base</i>	46	FERAHEME.....	83
ENILLORING.....	59	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	46	FERATE.....	83
<i>enoxaparin sodium</i>	81	<i>erythromycin lactobionate</i>	46	FERGON.....	83
ENPRESSE-28.....	59	<i>escitalopram oxalate</i>	109	FERIVA 21/7.....	83
ENSKYCE.....	59	<i>esomeprazole magnesium</i>	76	FERIVAF.....	83
ENSTILAR.....	149	ESTARYLLA.....	59	FEROSUL.....	83
<i>entacapone</i>	107	ESTER-C.....	132	FERRALET 90.....	83
<i>entecavir</i>	43	<i>estradiol</i>	69	<i>ferretts</i>	83
ENTRESTO.....	52	<i>estradiol valerate</i>	69	FERREX 150.....	83
<i>enulose</i>	76	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	69	<i>ferric x-150</i>	83
EPCLUSA.....	43	<i>eszopiclone</i>	114	FERRLECIT.....	83
EPIDIOLEX.....	104	<i>ethambutol hcl</i>	38	<i>ferrous fumarate</i>	83
<i>epinephrine</i>	94	<i>ethosuximide</i>	104	<i>ferrous gluconate</i>	83
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	53	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	59	<i>ferrous sulfate</i>	83
EPITOL.....	104	<i>etodolac</i>	31	FETZIMA.....	109
<i>eplerenone</i>	48	<i>etodolac er</i>	31	FETZIMA TITRATION.....	109
EPRONTIA.....	104	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	59	FEVERALL ADULTS.....	34
<i>epsom salt</i>	77	<i>etoposide</i>	24	FEVERALL CHILDRENS.....	34
<i>eq calcium 500+d</i>	123	<i>etravirine</i>	37	FEVERALL INFANTS.....	34
<i>eq calcium 600+d</i>	123	EUCERIN ADVANCED REPAIR		FEVERALL JUNIOR STRENGTH...	34
<i>eq calcium 600+d+minerals</i>	123	HAND.....	151	<i>fexofenadine hcl</i>	91
<i>eq calcium citrate+d</i>	123	EUCERIN CALMING DAILY		FIASP.....	64
<i>eq complete multivitamin child</i>	132	MOIST.....	151	FIASP FLEXTOUCH.....	64
<i>eq cough dm</i>	98	EUCERIN PLUS.....	151	FIASP PENFILL.....	64
<i>eq lice killing max st</i>	150	EUCERIN SKIN CALMING.....	151	FIASP PUMPCART.....	64

<i>fiber</i>	77	FOLITAB 500.....	83	GENTEAL SEVERE.....	88
<i>fiber laxative</i>	77	<i>folite</i>	133	GENTEAL TEARS.....	88
<i>fiber-lax</i>	77	FOLIVANE-F.....	83	GENTEAL TEARS MODERATE PF.....	88
<i>finasteride</i>	81	FOLIVANE-PLUS.....	83	<i>gentle laxative</i>	77
<i>finfolimod hcl</i>	107	FOLIXAPURE.....	133	<i>gentlelax</i>	77
FINTEPLA.....	104	<i>folplex 2.2</i>	133	GENVOYA.....	39
FINZALA.....	59	FOLTABS 800.....	133	GERBER GROW MIGHTY.....	134
FIRMAGON.....	15	FOLTANX.....	133	GERBER LIL' BRAINIES.....	134
FIRMAGON (240 MG DOSE).....	15	FOLTRATE.....	133	GERITOL COMPLETE.....	134
<i>first aid antibiotic</i>	147	FOLTREXYL.....	133	GILOTRIF.....	17
<i>first aid antiseptic</i>	151	<i>fondaparinux sodium</i>	81	<i>glatiramer acetate</i>	107
FLAC.....	89	<i>fosamprenavir calcium</i>	37	GLATOPA.....	107
FLAREX.....	87	<i>fosinopril sodium</i>	54	GLEOSTINE.....	14
FLEBOGAMMA DIF.....	27	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	52	<i>glimepiride</i>	65
<i>flecainide acetate</i>	49	FOTIVDA.....	17	<i>glipizide</i>	65
FLEET ENEMA.....	77	<i>fruit c</i>	133	<i>glipizide er</i>	65
FLEXICHAMBER.....	94	<i>fruit c 500</i>	133	<i>glipizide xl</i>	65
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA.....	133	<i>fruity c</i>	134	<i>glipizide-metformin hcl</i>	66
FLINTSTONES COMPLETE.....	133	<i>fruity chews</i>	134	<i>global alcohol prep ease</i>	64
FLINTSTONES GUMMIES.....	133	<i>full spectrum b/vitamin c</i>	134	<i>glucoten</i>	134
FLINTSTONES GUMMIES BONE BUILD.....	133	<i>fulvestrant</i>	15	<i>glutamine</i>	118
FLINTSTONES GUMMIES COMPLETE.....	133	FUNGOID TINCTURE.....	148	GLUTOSE 5.....	56
FLINTSTONES GUMMIES PLUS.....	133	<i>furosemide</i>	53	<i>glycerin (adult)</i>	77
FLINTSTONES PLUS CALCIUM.....	133	FUSION.....	83	<i>glycerin (infants & children)</i>	77
FLINTSTONES SOUR GUMMIES.....	133	FUSION PLUS.....	83	<i>glycerin adult</i>	77
FLINTSTONES W/IRON.....	133	FUZEON.....	37	<i>glycerin childrens</i>	77
FLINTSTONES/MY FIRST.....	133	FYAVOLV.....	69	GLYCOLAX.....	77
FLORIVA PLUS.....	133	FYCOMPA.....	104	<i>glycopyrrolate</i>	74
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST.....	41	<i>gabapentin</i>	104, 115	GLYDO.....	146
<i>fluconazole</i>	39	<i>galantamine hydrobromide</i>	108	GLYXAMBI.....	66
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	39	<i>galantamine hydrobromide er</i>	108	<i>gnp 8 hour arthritis relief</i>	34
<i>flucytosine</i>	40	GAMASTAN.....	27	<i>gnp 8 hour pain relief</i>	35
<i>fludrocortisone acetate</i>	70	GAMMAGARD.....	27	<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	35
<i>flunisolide</i>	96	GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	27	<i>gnp acetaminophen</i>	35
<i>fluocinolone acetonide</i>	89, 149	GAMMAKED.....	27	<i>gnp all day allergy</i>	91
<i>fluocinolone acetonide body</i>	149	GAMMAPLEX.....	27	<i>gnp all day allergy childrens</i>	91
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	149	GAMUNEX-C.....	27	<i>gnp all day allergy-d</i>	98
<i>fluocinonide</i>	149	<i>ganciclovir sodium</i>	43	<i>gnp allergy</i>	91
<i>fluocinonide emulsified base</i>	149	GARDASIL 9.....	29	<i>gnp allergy & congestion</i>	98
<i>fluoritab</i>	123	<i>gas relief extra strength</i>	75	<i>gnp allergy relief</i>	91
<i>fluorometholone</i>	87	<i>gas relief ultra strength</i>	75	<i>gnp allergy relief 24 hr</i>	91
<i>fluorouracil</i>	23, 151	<i>gatifloxacin</i>	87	<i>gnp allergy relief max st</i>	91
<i>fluoxetine hcl</i>	109	GATTEX.....	75	<i>gnp allergy/congestion relief</i>	98
<i>fluphenazine decanoate</i>	111	<i>gavilax</i>	77	<i>gnp antacid</i>	72
<i>fluphenazine hcl</i>	111	GAVILYTE-C.....	77	<i>gnp antacid & anti-gas</i>	72
<i>flurbiprofen</i>	31	GAVILYTE-G.....	77	<i>gnp antacid regular strength</i>	72
<i>flurbiprofen sodium</i>	87	GAVRETO.....	17	<i>gnp antibacterial urinary pain</i>	41
<i>fluticasone propionate</i>	96, 149	<i>gefitinib</i>	17	<i>gnp anti-diarrheal</i>	73
<i>fluticasone-salmeterol</i>	93	<i>gemcitabine hcl</i>	23	<i>gnp anti-gas</i>	75
<i>fluvoxamine maleate</i>	108	<i>gemfibrozil</i>	49	<i>gnp anti-itch</i>	151
<i>folagent dha</i>	133	GEMTESA.....	79	<i>gnp antiseptic skin cleanser</i>	151
<i>folamed dha</i>	133	GENABIO COVID-19 RAPID TEST.....	41	<i>gnp artificial tears</i>	88
<i>folate</i>	133	<i>genadek step 1</i>	134	<i>gnp aspirin</i>	35
<i>folbee</i>	133	<i>genadek step 2</i>	134	<i>gnp aspirin low dose</i>	35
<i>folbee plus</i>	133	<i>generlac</i>	77	<i>gnp athletes foot</i>	148
<i>folic acid</i>	133	GENGRAF.....	28	<i>gnp bacitracin zinc</i>	147
		GENOTROPIN.....	68	<i>gnp biotin</i>	134
		GENOTROPIN MINIQUICK.....	68	<i>gnp calcium</i>	123
		<i>gentamicin in saline</i>	41	<i>gnp calcium 500 +d3</i>	123
		<i>gentamicin sulfate</i>	41, 87, 147	<i>gnp calcium 600 +d/minerals</i>	123

<i>gnp calcium 600 +d3</i>	123	<i>gnp tolnaftate</i>	148	<i>guaifenesin-dm</i>	99
<i>gnp calcium citrate +d3</i>	123	<i>gnp triple antibiotic</i>	147	<i>guanfacine hcl</i>	53
<i>gnp childrens allergy</i>	91	<i>gnp triple antibiotic plus</i>	147	<i>guanfacine hcl er</i>	113, 114
<i>gnp childrens chewables/ex c</i>	134	<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	98	GUMMI BEAR	
<i>gnp childrens ibuprofen</i>	31	<i>gnp tussin cough long acting</i>	98	MULTIVITAMIN/MIN.....	135
GNP CLEARLAX.....	77	<i>gnp tussin dm</i>	98	GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	57
<i>gnp clotrimazole 3</i>	80	<i>gnp tussin dm cough</i>	98	GVOKE KIT.....	57
<i>gnp co q10</i>	118	<i>gnp tussin dm max</i>	98	GVOKE PFS.....	57
<i>gnp co q-10</i>	118	<i>gnp tussin mucus & chest cong</i>	98	HAEGARDA.....	82
<i>gnp cough dm er</i>	98	<i>gnp vitamin a</i>	134	HAILEY 1.5/30.....	59
<i>gnp d 1000</i>	134	<i>gnp vitamin b-1</i>	134	HAILEY 24 FE.....	59
<i>gnp earwax removal drops</i>	153	<i>gnp vitamin b-12</i>	134	<i>hair skin nails</i>	135
<i>gnp earwax removal kit</i>	153	<i>gnp vitamin b-6</i>	134	<i>hair/skin/nails</i>	135
<i>gnp essential one daily</i>	134	<i>gnp vitamin c</i>	134	<i>halobetasol propionate</i>	149
<i>gnp folic acid</i>	134	<i>gnp vitamin c drops</i>	134	HALOETTE.....	59
<i>gnp gas relief</i>	75	<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	134	<i>haloperidol</i>	111
<i>gnp gentle laxative</i>	77	<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	134	<i>haloperidol decanoate</i>	111
<i>gnp glycerin (adult)</i>	77	<i>gnp vitamin d</i>	134	<i>haloperidol lactate</i>	111
<i>gnp glycerin child</i>	77	<i>gnp vitamin d maximum strength</i> ...	134	HARVONI.....	43
<i>gnp ibuprofen</i>	31	<i>gnp vitamin d super strength</i>	134	HAVRIX.....	29
<i>gnp ibuprofen childrens</i>	31	<i>gnp vitamin d3 extra strength</i>	134	<i>healthy eyes supervision 2</i>	135
<i>gnp ibuprofen infants</i>	31	<i>gnp vitamin d-400</i>	134	<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin</i>	135
<i>gnp infants pain/fever</i>	35	<i>gnp vitamin e</i>	134	<i>healthy hair/skin/nails</i>	135
<i>gnp iron</i>	83	<i>gnp womens gentle laxative</i>	77	<i>healthy kids gummies</i>	135
<i>gnp lice treatment</i>	150	GOLD BOND ULTIMATE		HEALTHYLAX.....	77
<i>gnp little ones childrens</i>	134	HEALING.....	151	HEATHER.....	59
<i>gnp loperamide hcl</i>	73	<i>goodsense all day allergy</i>	91	<i>h-e-b oral electrolyte</i>	120
<i>gnp loratadine</i>	91	<i>goodsense aller-ease</i>	91	HEMATEX.....	83
<i>gnp loratadine childrens</i>	91	<i>goodsense allergy relief</i>	91	<i>hematinic/folic acid</i>	83
<i>gnp lubricating plus eye drops</i>	88	<i>goodsense anti-diarrheal</i>	73	HEMATOGEN FA.....	84
<i>gnp magnesium oxide</i>	72	<i>goodsense arthritis pain</i>	35	HEMOCYTE PLUS.....	84
<i>gnp melatonin</i>	118	<i>goodsense aspirin</i>	35	<i>heparin (porcine) in nacl</i>	81
<i>gnp melatonin maximum strength</i> ..	118	<i>goodsense aspirin low dose</i>	35	<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	81
<i>gnp miconazole 1</i>	80	GOODSENSE CLEARLAX.....	77	<i>heparin sodium (porcine)</i>	81
<i>gnp miconazole 3</i>	80	<i>goodsense cough dm</i>	98	HEPLISAV-B.....	29
<i>gnp miconazole 7</i>	80	<i>goodsense cough dm childrens</i>	98	HERCEPTIN.....	17
<i>gnp milk of magnesia</i>	77	<i>goodsense epsom salt</i>	77	HERCEPTIN HYLECTA.....	17
<i>gnp mineral oil</i>	77	<i>goodsense ibuprofen</i>	31	HERZUMA.....	17
<i>gnp mucus er</i>	98	<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	31	HIBERIX.....	29
<i>gnp mucus relief</i>	98	<i>goodsense ibuprofen infants</i>	31	<i>high potency multivitamin</i>	135
<i>gnp nasal decongestant</i>	98	<i>goodsense lubricating eye drop</i>	88	<i>hm acetaminophen childrens</i>	35
<i>gnp nasal decongestant pe</i>	98	<i>goodsense mineral oil</i>	77	<i>hm adult aspirin</i>	35
<i>gnp nasal spray</i>	98	<i>goodsense mucus er</i>	98	<i>hm all day allergy childrens</i>	91
<i>gnp nasal spray extra moist</i>	98	<i>goodsense mucus er maximum str</i> ..	98	<i>hm allergy relief</i>	91
<i>gnp nasal spray fast acting</i>	98	<i>goodsense mucus relief child</i>	98	<i>hm allergy relief (cetirizine)</i>	91
<i>gnp natural fiber</i>	77	<i>goodsense nicotine</i>	116	<i>hm allergy relief/nasal decong</i>	99
<i>gnp nicotine</i>	116	<i>goodsense pain & fever child</i>	35	<i>hm antacid</i>	72
<i>gnp nicotine mini</i>	116	<i>goodsense pain & fever infants</i>	35	<i>hm antacid anti-gas ex st</i>	72
<i>gnp nicotine polacrilex</i>	116	<i>goodsense pain relief</i>	35	<i>hm antiseptic skin cleanser</i>	152
<i>gnp no drip nasal spray</i>	98	<i>goodsense pain relief extra st</i>	35	<i>hm arthritis pain relief</i>	35
<i>gnp pain & fever childrens</i>	35	<i>goodsense tussin cf</i>	98	<i>hm aspirin</i>	35
<i>gnp pain & fever infants</i>	35	<i>goodsense tussin dm</i>	99	<i>hm aspirin ec low dose</i>	35
<i>gnp pain relief</i>	35	<i>goodsense tussin dm max</i>	99	<i>hm bacitracin zinc</i>	147
<i>gnp pain relief extra strength</i>	35	<i>granisetron hcl</i>	74	<i>hm biotin</i>	135
<i>gnp pain relief nighttime</i>	116	<i>grape flavor</i>	55	<i>hm calcium citrate+d3 petite</i>	123
<i>gnp pink bismuth</i>	73	<i>griseofulvin microsize</i>	40	<i>hm cetirizine hcl</i>	91
<i>gnp prenatal</i>	134	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	40	HM CLEARLAX.....	77
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr</i>	98	<i>guaifenesin</i>	99	<i>hm cough dm</i>	99
<i>gnp senna plus</i>	77	<i>guaifenesin er</i>	99	<i>hm dry eye relief</i>	88
<i>gnp terbinafine hydrochloride</i>	148	<i>guaifenesin-codeine</i>	99	<i>hm enema</i>	78

<i>hm gas relief</i>	75	<i>hydroxyzine hcl</i>	91	<i>ipratropium-albuterol</i>	93
<i>hm gas relief infants drops</i>	75	<i>hydroxyzine pamoate</i>	91	<i>irbesartan</i>	48
<i>hm gentle laxative</i>	78	HYSINGLA ER.....	32	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	52
<i>hm ibuprofen</i>	31	<i>ibandronate sodium</i>	71	<i>irinotecan hcl</i>	24
<i>hm ibuprofen childrens</i>	31	IBRANCE.....	17	<i>iron</i>	84
<i>hm laxative</i>	78	IBU.....	31	<i>iron 27</i>	84
<i>hm lidocaine patch</i>	152	<i>ibuprofen</i>	31	<i>iron chews pediatric</i>	84
<i>hm loratadine</i>	91	<i>ibuprofen childrens</i>	31	<i>iron high-potency</i>	84
<i>hm loratadine childrens</i>	91	<i>ibuprofen junior strength</i>	31	<i>iron slow release</i>	84
<i>hm lubricating tears</i>	88	ICAPS.....	135	<i>iron supplement</i>	84
<i>hm milk of magnesia</i>	78	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	135	IRON UP.....	84
<i>hm nasal decongestant 12 hour</i>	99	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN...	135	IS-D 10,000.....	135
<i>hm nasal decongestant pe</i>	99	<i>icatibant acetate</i>	82	ISENTRESS.....	37
<i>hm nicotine</i>	116	ICLEVIA.....	59	ISENTRESS HD.....	37
<i>hm nicotine polacrilex</i>	116	ICLUSIG.....	17	ISIBLOOM.....	59
<i>hm nose drops</i>	99	IDHIFA.....	17	ISOLYTE-P IN D5W.....	118
<i>hm pain reliever</i>	35	IHEALTH COVID-19 RAPID TEST..	41	ISOLYTE-S.....	118
<i>hm petroleum jelly</i>	55	<i>imatinib mesylate</i>	17	ISOLYTE-S PH 7.4.....	118
<i>hm senna</i>	78	IMBRUVICA.....	17, 18	<i>isoniazid</i>	38
<i>hm stomach relief ultra</i>	73	<i>imipenem-cilastatin</i>	41	<i>isosorbide dinitrate</i>	54
<i>hm stool softener</i>	78	<i>imipramine hcl</i>	110	<i>isosorbide mononitrate</i>	54
<i>hm stool softener/laxative</i>	78	<i>imiquimod</i>	152	<i>isosorbide mononitrate er</i>	54
<i>hm triple antibiotic</i>	147	<i>immune support</i>	135	<i>isotretinoin</i>	146
<i>hm triple antibiotic max st</i>	147	IMMUNERX.....	135	<i>isradipine</i>	51
<i>hm vitamin b-12</i>	135	IMOVAX RABIES.....	29	<i>itch relief extra strength</i>	152
<i>hm vitamin c</i>	135	INBRIJA.....	107	<i>itraconazole</i>	40
HONEY BEARS W/IRON-ZINC.....	135	INCASSIA.....	59	<i>ivermectin</i>	41
HUMIRA.....	25, 26	INCRELEX.....	68	IXIARO.....	29
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS		INCRUSE ELLIPTA.....	90	JAKAFI.....	18
START.....	25	<i>indapamide</i>	53	JANTOVEN.....	81
HUMIRA PEN.....	25	INDICAID COVID-19 RAPID TEST..	41	JANUMET.....	66
HUMIRA PEN-CD/UC/HS		INFANRIX.....	29	JANUMET XR.....	66
STARTER.....	25	<i>infants ibuprofen</i>	31	JANUVIA.....	66
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC		INFED.....	84	JARDIANCE.....	66
START.....	25	<i>infliximab</i>	26	JASMIEL.....	59
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS		INFUVITE ADULT.....	135	JAVYGTOR.....	68
START.....	25	INFUVITE PEDIATRIC.....	135	JAYPIRCA.....	18
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT		INJECTAFER.....	84	JENTADUETO.....	66
STARTER.....	25	INLYTA.....	18	JENTADUETO XR.....	66
HUMULIN R U-500		INQOVI.....	23	JINTELI.....	69
(CONCENTRATED).....	64	INREBIC.....	18	JOLESSA.....	59
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	64	INSPIRACHAMBER/LARGE.....	94	JULEBER.....	59
HYCODAN.....	99	INSPIRACHAMBER/MEDIUM.....	94	JULUCA.....	39
<i>hydralazine hcl</i>	53	INSPIRACHAMBER/MOUTHPIEC		JUNEL 1.5/30.....	59
HYDRALYTE.....	120	E.....	94	JUNEL 1/20.....	59
HYDRASYN25.....	152	INSPIRACHAMBER/SMALL.....	94	JUNEL FE 1.5/30.....	59
<i>hydrochlorothiazide</i>	53	INSPIREASE.....	94	JUNEL FE 1/20.....	59
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	99	INTEGRA.....	84	JUNEL FE 24.....	59
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	32	INTEGRA F.....	84	<i>just 4 kidz multivit/probiotic</i>	135
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	99	INTEGRA PLUS.....	84	JYNNEOS.....	29
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	33	INTELENCE.....	37	KADCYLA.....	18
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	33	INTELISWAB COVID-19 RAPID		KAITLIB FE.....	59
<i>hydrocortisone</i>	70, 75, 149, 150	TEST.....	41	KALYDECO.....	94
<i>hydrocortisone (perianal)</i>	152	INTRALIPID.....	126	KANJINTI.....	18
<i>hydromet</i>	99	INTROVALE.....	59	KARIVA.....	59
<i>hydromorphone hcl</i>	33	INVEGA HAFYERA.....	111	<i>kcl in dextrose-nacl</i>	118
<i>hydrous emulsified base</i>	55	INVEGA SUSTENNA.....	111, 112	KELNOR 1/35.....	59
<i>hydroxocobalamin acetate</i>	135	INVEGA TRINZA.....	112	KELNOR 1/50.....	60
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	27	IPOL.....	29	KERADAN.....	152
<i>hydroxyurea</i>	24	<i>ipratropium bromide</i>	90	KERENDIA.....	48

KERR TRIPLE DYE SWABS.....	152	lamivudine-zidovudine.....	39	lidocaine pain relieving.....	152
KESIMPTA.....	108	lamotrigine.....	105	lidocaine viscous hcl.....	145
ketoconazole.....	40, 148	lamotrigine er.....	104	lidocaine-prilocaine.....	146
KETO-DIASTIX.....	68	lansoprazole.....	76	linezolid.....	41
ketorolac tromethamine.....	87	LANTUS.....	64	linezolid in sodium chloride.....	41
KEVZARA.....	26	LANTUS SOLOSTAR.....	64	LINZESS.....	75
KEYTRUDA.....	18	lapatinib ditosylate.....	18	liothyronine sodium.....	56
kimono.....	60	LARIN 1.5/30.....	60	liquid acetaminophen.....	35
KIMONO COLORS.....	60	LARIN 1/20.....	60	liquid allergy relief.....	91
kimono micro thin.....	60	LARIN 24 FE.....	60	lisinopril.....	54
kimono micro thin plus.....	60	LARIN FE 1.5/30.....	60	lisinopril-hydrochlorothiazide.....	52
kimono plus.....	60	LARIN FE 1/20.....	60	lithium carbonate.....	114
kimono sensation.....	60	latanoprost.....	86	lithium carbonate er.....	114
kimono sensation plus.....	60	laxative max str.....	78	l-methylfolate calcium.....	135
KIMONO SPECIAL.....	60	laxative regular strength.....	78	l-methyl-mc.....	135
KINDERLYTE.....	120	LAYOLIS FE.....	60	LOESTRIN 1.5/30 (21).....	60
KINDERLYTE PREMAX.....	120	leader finger cream.....	152	LOESTRIN 1/20 (21).....	60
KINRIX.....	29	LEENA.....	60	LOESTRIN FE 1.5/30.....	60
KISQALI (200 MG DOSE).....	18	leflunomide.....	27	LOESTRIN FE 1/20.....	60
KISQALI (400 MG DOSE).....	18	lenalidomide.....	24	lohist-dm.....	99
KISQALI (600 MG DOSE).....	18	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ...	18	LOMAIRA.....	70
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	24	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ...	18	LONSURF.....	23
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	24	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ...	18	loperamide hcl.....	73, 75
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	24	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ...	19	lopinavir-ritonavir.....	39
KLOR-CON.....	119	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ...	19	loratadine.....	92
KLOR-CON 10.....	119	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ...	19	loratadine childrens.....	91, 92
KLOR-CON M10.....	119	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	19	loratadine-d 12hr.....	99
KLOR-CON M15.....	119	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	19	loratadine-d 24hr.....	99
KLOR-CON M20.....	119	LESSINA.....	60	lorazepam.....	108
kobee.....	135	letrozole.....	15	LORAZEPAM INTENSOL.....	108
konsyl daily fiber.....	78	leucovorin calcium.....	22, 23	LORBRENA.....	19
KORLYM.....	68	LEUKERAN.....	14	LORYNA.....	60
KOSELUGO.....	18	leuprolide acetate.....	15	losartan potassium.....	48
kp b complex-c.....	135	levalbuterol hcl.....	92	losartan potassium-hctz.....	52
kp calcium 600+d.....	123	levalbuterol tartrate.....	92	LOTEMAX.....	87
kp calcium citrate+d.....	123	levetiracetam.....	105, 116	lovastatin.....	49
kp calcium-magnesium-zinc.....	123	levetiracetam er.....	105	LOW-OGESTREL.....	60
kp ferrous gluconate.....	84	levetiracetam in nacl.....	116	loxapine succinate.....	112
kp ferrous sulfate.....	84	levobunolol hcl.....	86	lubricant eye drops.....	88
kp folic acid.....	135	levocarnitine.....	68	lubricating eye drops.....	88
kp mag-oxide magnesium.....	123	levocetirizine dihydrochloride.....	91	lubricating plus eye drops.....	88
kp melatonin.....	118	levofloxacin.....	46	lubricating tears eye drops.....	88
kp niacin.....	135	levofloxacin in d5w.....	46	LUCIRA CHECK IT COVID-19 TEST.....	41
kp prenatal multivitamins.....	135	LEVONEST.....	60	LUMAKRAS.....	19
kp vitamin b-12.....	135	levonorgest-eth est & eth est.....	60	LUMIGAN.....	86
kp vitamin b-6.....	135	levonorgest-eth estrad 91-day.....	60	LUMIZYME.....	68
kp vitamin d.....	135	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	60	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	15
kp vitamin d3.....	135	levonorg-eth estrad triphasic.....	60	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	15
KRAZATI.....	18	LEVORA 0.15/30 (28).....	60	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	68
KURVELO.....	60	LEVO-T.....	56	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	68
labetalol hcl.....	50	levothyroxine sodium.....	56	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	68
LAC-HYDRIN FIVE.....	152	LEVOXYL.....	56	lurasidone hcl.....	112
lacosamide.....	104, 115	LEXIVA.....	37	LUTERA.....	60
lactated ringers.....	118	lice killing.....	150	LYLEQ.....	61
lactulose.....	78	lice killing maximum strength.....	150	LYLLANA.....	69
lactulose encephalopathy.....	78	lice treatment creme rinse.....	150	LYNPARZA.....	19
lamivudine.....	37, 43	lidocaine.....	146	LYSIPLEX PLUS.....	135
		lidocaine hcl.....	37, 146	LYSODREN.....	15
		lidocaine hcl (pf).....	37	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	19
		lidocaine pain relief.....	152		

LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	19	<i>mens 50+ advanced</i>	136	MINTOX PLUS.....	72
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	19	<i>mens daily formula/lycopene</i>	136	MIRALAX.....	78
LYZA.....	61	<i>mens multivitamin</i>	136	<i>mirtazapine</i>	110
MACULAR HEALTH FORMULA.....	136	MENVEO.....	29	<i>misoprostol</i>	75
MAG64.....	123	<i>mercaptapurine</i>	23	MITIGARE.....	36
<i>mag-al plus</i>	72	MERIBIN.....	136	M-M-R II.....	29
<i>mag-al plus xs</i>	72	<i>meropenem</i>	41	<i>m-natal plus</i>	119
MAGDELAY.....	124	<i>mesalamine</i>	75	<i>modafinil</i>	115
<i>mag-g</i>	124	<i>mesalamine er</i>	75	<i>moexipril hcl</i>	54
MAGNEBIND 300.....	124	<i>mesalamine-cleanser</i>	76	<i>moisturizing cream</i>	152
MAGNEBIND 400.....	124	MESNEX.....	23	<i>molindone hcl</i>	112
<i>magnesium</i>	124	METAFOLBIC PLUS.....	136	<i>mometasone furoate</i>	150
<i>magnesium gluconate</i>	124	<i>metformin hcl</i>	66	MONISTAT 7 COMBO PACK APP..	80
<i>magnesium lactate</i>	124	<i>metformin hcl er</i>	66	MONJUVI.....	19
<i>magnesium oxide</i>	72	<i>methadone hcl</i>	32	MONOFERRIC.....	84
<i>magnesium oxide -mg supplement</i>		METHADONE HCL INTENSOL.....	32	MONO-LINYAH.....	61
.....	72, 124	<i>methazolamide</i>	53	<i>montelukast sodium</i>	96
<i>magnesium sulfate</i>	118, 119	<i>methenamine hippurate</i>	41	MOOD FOOD ES.....	136
<i>magnesium sulfate in d5w</i>	118	<i>methimazole</i>	56	<i>morphine sulfate</i>	33
MAGNESIUM-OXIDE.....	124	<i>methocarbamol</i>	108	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	33
MAGOX 400.....	124	<i>methotrexate sodium</i>	23, 27	<i>morphine sulfate (pf)</i>	33
MAG-OXIDE.....	124	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	23	<i>morphine sulfate er</i>	32
<i>malathion</i>	150	<i>methsuximide</i>	105	MOVANTIK.....	75
<i>manganese chloride</i>	124	<i>methylphenidate hcl</i>	114	<i>moxifloxacin hcl</i>	46, 87
<i>mapap</i>	35	<i>methylphenidate hcl er</i>	114	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	46
<i>mapap arthritis pain</i>	35	<i>methylprednisolone</i>	70	<i>m-pap</i>	35
MAPAP CHILDRENS.....	35	<i>methylprednisolone acetate</i>	70	MUCINEX.....	100
<i>maraviroc</i>	37	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	70	MUCINEX CHILDRENS	
MAR-COF BP.....	99	<i>methyltestosterone</i>	57	FREEFROM.....	99
MAR-COF CG EXPECTORANT.....	99	<i>metoclopramide hcl</i>	74	MUCINEX CHILDRENS STUFFY	
<i>marlissa</i>	61	<i>metolazone</i>	53	NOSE.....	100
MARPLAN.....	110	<i>metoprolol succinate er</i>	50	MUCINEX COUGH CHILDRENS..	100
MATULANE.....	24	<i>metoprolol tartrate</i>	50	MUCINEX DM.....	100
MAVYRET.....	43	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	51	MUCINEX FAST-MAX CHEST	
MAXIFED.....	99	<i>metronidazole</i>	41, 80, 152	CONG MS.....	100
MAXIMUM D3.....	136	<i>metryrosine</i>	53	MUCINEX FAST-MAX CONGEST	
<i>maxi-tuss ac</i>	99	<i>mgo</i>	124	COUGH.....	100
<i>maxi-tuss cd</i>	99	MIBELAS 24 FE.....	61	MUCINEX FAST-MAX DM MAX....	100
<i>maxi-tuss g</i>	99	<i>micafungin sodium</i>	40	MUCINEX FREEFROM SEV	
<i>maxi-tuss gmx</i>	99	<i>miconazole 3 combo-supp</i>	80	CNGST/CGH.....	100
<i>maxx</i>	61	<i>miconazole 7</i>	80	MUCINEX MAXIMUM STRENGTH	100
<i>maxx plus</i>	61	<i>miconazole nitrate</i>	80, 148	MUCINEX SINUS-MAX CLEAR &	
<i>m-clear wc</i>	99	MICROCHAMBER.....	94, 95	COOL.....	100
<i>m-dryl</i>	92	<i>microderm base</i>	55	<i>mucus & chest congestion</i>	100
<i>meclizine hcl</i>	74	MICROGESTIN 1.5/30.....	61	<i>mucus relief</i>	100
<i>medroxyprogesterone acetate</i> ... 61, 71		MICROGESTIN 1/20.....	61	<i>mucus relief childrens</i>	100
<i>mefloquine hcl</i>	43	MICROGESTIN 24 FE.....	61	<i>mucus relief cough childrens</i>	100
<i>megestrol acetate</i>	15, 71	MICROGESTIN FE 1.5/30.....	61	<i>mucus relief dm</i>	100
<i>meijer c</i>	136	MICROGESTIN FE 1/20.....	61	<i>mucus relief dm max</i>	100
<i>meijer ibuprofen</i>	31	MICROSOME BASE.....	55	<i>mucus relief er</i>	100
MEKINIST.....	19	MICROSPACER.....	95	<i>mucus relief max st</i>	100
MEKTOVI.....	19	<i>midodrine hcl</i>	53	MULTAQ.....	49
<i>melatonin</i>	55, 118	<i>miglustat</i>	68	<i>multi + omega-3 adult gummies</i>	136
<i>melatonin maximum strength</i>	118	MILI.....	61	<i>multi adult gummies</i>	136
<i>meloxicam</i>	31	<i>milk of magnesia</i>	78	<i>multi for her</i>	136
<i>memantine hcl</i>	108	MIMVEY.....	69	<i>multi for her 50+</i>	136
<i>memantine hcl er</i>	108	<i>mineral oil</i>	78	<i>multi vitamin</i>	136
MENACTRA.....	29	<i>minocycline hcl</i>	48	<i>multi vitamin w/d-3</i>	136
M-END PE.....	99	<i>minoxidil</i>	53	MULTIGEN.....	84
MENQUADFI.....	29	<i>mintox maximum strength</i>	72	MULTIGEN PLUS.....	84

<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	119	NASCOBAL.....	137	NIVA-FOL.....	137
<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i>	119	NATACYN.....	87	NIVANEX DMX.....	100
<i>multiple vitamins</i>	136	<i>nateglinide</i>	66	<i>nizatidine</i>	72
<i>multiple vitamins essential</i>	136	NATPARA.....	71	<i>no drip nasal spray</i>	101
<i>multiple vitamins/iron</i>	136	<i>natural c/rose hips</i>	137	<i>nohist-dm</i>	101
<i>multipro</i>	136	<i>natural psyllium seed</i>	78	NORA-BE.....	61
<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	136	<i>natural vitamin d-3</i>	137	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	61
<i>multivitamin</i>	136	NAYZILAM.....	105	<i>norethindrone</i>	61
<i>multi-vitamin</i>	136	<i>nebivolol hcl</i>	50	<i>norethindrone acetate</i>	71
<i>multivitamin & mineral</i>	136	NECON 0.5/35 (28).....	61	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	61
<i>multivitamin adult</i>	136	<i>nefazodone hcl</i>	110	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	69
<i>multivitamin childrens</i>	136	<i>neomycin sulfate</i>	41	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	61
<i>multivitamin childrens (w/ fa)</i>	136	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	87	<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	61
<i>multivitamin childrens gummies</i>	136	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	86	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	61
<i>multi-vitamin gummies</i>	136	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	87	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	61
<i>multivitamin gummies adult</i>	136	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	86, 89	NORLYROC.....	61
<i>multivitamin gummies mens</i>	136	NEO-POLYCIN.....	87	NORPACE CR.....	49
<i>multivitamin gummies womens</i>	136	NEO-POLYCIN HC.....	86	NORTREL 0.5/35 (28).....	61
<i>multivitamin infant & toddler</i>	136	NEOQ10.....	118	NORTREL 1/35 (21).....	62
<i>multivitamin/fluoride</i>	136, 137	NEPHPLEX RX.....	137	NORTREL 1/35 (28).....	62
<i>multi-vitamin/fluoride</i>	136	<i>nephro vitamins</i>	137	NORTREL 7/7/7.....	62
<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	137	NEPHRON FA.....	84	<i>nortriptyline hcl</i>	110
<i>multi-vitamin/iron</i>	137	NEPHRO-VITE.....	137	NORVIR.....	37
<i>multivitamins plus iron child</i>	137	NERLYNX.....	19	<i>norwegian cod liver oil</i>	137
<i>multi-vite</i>	137	<i>neti pot sinus wash</i>	95	NOVAFERRUM.....	84
<i>multivit-min gummies childrens</i>	137	NEUPRO.....	107	NOVAFERRUM PEDIATRIC	
<i>mupirocin</i>	147	NEUTROGENA HAND.....	152	DROPS.....	84
MURO 128.....	88	<i>nevirapine</i>	37	NOVOLIN 70/30.....	64
MVW COMPLETE FORMULATION		<i>nevirapine er</i>	37	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	64
	137	NEXAVAR.....	19	NOVOLIN N.....	64
MVW COMPLETE FORMULATION		<i>niacin</i>	137	NOVOLIN N FLEXPEN.....	64
D3000.....	137	<i>niacin er</i>	137	NOVOLIN R.....	64
MVW COMPLETE FORMULATION		<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	50	NOVOLIN R FLEXPEN.....	64
D5000.....	137	<i>niacinamide</i>	137	NOVOLOG MIX 70/30.....	64
MVW COMPLETE FORMULATION		<i>nicardipine hcl</i>	51	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN.....	64
MINIS.....	137	NICODERM CQ.....	117	NUBEQA.....	15
<i>mycophenolate mofetil</i>	28	NICOMIDE.....	137	NUDEXTA.....	114
<i>mycophenolate sodium</i>	28	<i>nicotine</i>	117	NUFERA.....	84
MYRBETRIQ.....	79	<i>nicotine mini</i>	117	NU-IRON.....	84
<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	84	<i>nicotine polacrilex</i>	117	NULOJIX.....	28
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	78	<i>nicotine polacrilex mini</i>	117	NU-MAG.....	124
<i>nabumetone</i>	31	<i>nicotine step 1</i>	117	NUPLAZID.....	112
<i>nadolol</i>	50	<i>nicotine step 2</i>	117	NURTEC.....	115
<i>nafcillin sodium</i>	47	<i>nicotine step 3</i>	117	NUTRADERM.....	152
NAGLAZYME.....	68	NICOTROL.....	117	NUTRILIPID.....	126
<i>nalbuphine hcl</i>	33	NICOTROL NS.....	117	NUZYRA.....	48
<i>naloxone hcl</i>	116	<i>nifedipine er</i>	51	NYAMYC.....	148
<i>naltrexone hcl</i>	116	<i>nifedipine er osmotic release</i>	51	NYLIA 1/35.....	62
NAMZARIC.....	108, 109	NIFEREX.....	84	NYLIA 7/7/7.....	62
NAPHCON-A.....	85	NIKKI.....	61	NYMALIZE.....	51
<i>naproxen</i>	32	<i>nilutamide</i>	15	NYMYO.....	62
<i>naproxen sodium</i>	32	<i>nimodipine</i>	51	<i>nystatin</i>	40, 145, 148
<i>naratriptan hcl</i>	115	NINJACOF-XG.....	100	NYSTOP.....	148
<i>nasal decongestant</i>	100	NINLARO.....	19	OCELLA.....	62
<i>nasal decongestant pe</i>	100	<i>nitazoxanide</i>	41	OCTAGAM.....	27
<i>nasal decongestant spray</i>	100	<i>nitisinone</i>	68	<i>octreotide acetate</i>	68
<i>nasal four</i>	100	NITRO-BID.....	54	OCUVITE ADULT 50+.....	137
<i>nasal relief</i>	100	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	42	OCUVITE ADULT FORMULA.....	137
<i>nasal spray 12 hour</i>	100	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	42	OCUVITE EYE HEATLH	
<i>nasal spray extra moisturizing</i>	100	<i>nitroglycerin</i>	54, 55	GUMMIES.....	137

OCUVITE-LUTEIN	137	OPTICHAMBER DIAMOND-MD		PANRETIN	152
ODEFSEY	39	MASK	95	<i>pantoprazole sodium</i>	76
ODOMZO	19	OPTICHAMBER DIAMOND-SM		PANZYGA	27
OFEV	95	MASK	95	PARAPLATIN	14
<i>ofloxacin</i>	87, 89	OPTIFAST POST BARIATRIC	138	<i>paricalcitol</i>	57
OGIVRI	20	OPTIMAL D3 M	138	<i>paromomycin sulfate</i>	42
<i>olanzapine</i>	112	OPTISOURCE POST BARIATRIC		<i>paroxetine hcl</i>	110
<i>olmesartan medoxomil</i>	48	SURG	138	<i>pc pediatric poly-vitalfe drop</i>	138
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	52	OPURITY BYPASS OPTIMIZED ...	138	<i>pc pediatric poly-vitamin drop</i>	138
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	52	oral electrolytes	120	PCCA BASE 7542	55
<i>olopatadine hcl</i>	85	oral suspend	55	PCCA EMOLLIENT CREAM BASE	55
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	50	ORALYTE	120	<i>ped electrolyte freeze pops</i>	120
<i>omeprazole</i>	76	ORAPENN SD ANHYD		<i>ped electrolyte freezer pops</i>	120
<i>omnicap</i>	138	SWEETENED	55	PEDIA VANCE	120
OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5)	64	ORAPENN SD ANHYD		PEDIA-LAX	78
OMNIPOD 5 G6 POD (GEN 5)	64	UNSWEETEN	55	PEDIALYTE	120
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN		ORA-PLUS	55	PEDIALYTE ADVANCED CARE ...	120
3)	64	ORASEP	145	PEDIALYTE FREEZER POPS	120
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) ..	65	ORAZINC	124	PEDIALYTE SINGLES	120
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) ...	65	ORGOVYX	15	PEDIARIX	29
OMNIPOD GO	65	ORKAMBI	95	<i>pediatric electrolyte</i>	120
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST	42	ORSERDU	15	<i>pediatric electrolyte-zinc</i>	120
ON/GO ONE COVID-19 HOME		OS-CAL	124	PEDVAX HIB	29
TEST	42	OS-CAL CALCIUM + D3	124	<i>peg 3350</i>	78
<i>ondansetron</i>	74	OS-CAL EXTRA D3	124	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	78
<i>ondansetron hcl</i>	74	<i>oseltamivir phosphate</i>	43	<i>peg-3350/electrolytes</i>	78
ONE DAILY ESSENTIAL	138	OTEZLA	26	PEGASYS	43
<i>one daily multivitamin adult</i>	138	<i>oxacillin sodium</i>	47	PEMAZYRE	20
<i>one daily multivitamin/liron</i>	138	<i>oxaliplatin</i>	14	<i>pemetrexed disodium</i>	23
ONE-A-DAY ESSENTIAL	138	<i>oxcarbazepine</i>	105	<i>penicillamine</i>	57
ONE-A-DAY FOR HER		<i>oxybutynin chloride</i>	80	<i>penicillin g pot in dextrose</i>	47
VITACRAVES	138	<i>oxybutynin chloride er</i>	80	<i>penicillin g potassium</i>	47
ONE-A-DAY FOR HIM		<i>oxycodone hcl</i>	33	<i>penicillin g procaine</i>	47
VITACRAVES	138	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	33	<i>penicillin g sodium</i>	47
ONE-A-DAY JOLLY RANCHER ...	138	OXYCONTIN	32	<i>penicillin v potassium</i>	47
ONE-A-DAY MENS	138	OYSCO 500+D	124	PEN-KERA	152
ONE-A-DAY MENS VITACRAVES	138	<i>oyster shell calcium</i>	124	PENTACEL	30
ONE-A-DAY VITACRAVES	138	<i>oyster shell calcium + d</i>	124	<i>pentamidine isethionate</i>	42
ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT		<i>oyster shell calcium + d3</i>	124	<i>pentoxifylline er</i>	82
.....	138	<i>oyster shell calcium plus d</i>	124	PENTRAVAN	152
ONE-A-DAY VITACRAVES		<i>oyster shell calcium w/d</i>	124	PENTRAVAN PLUS	152
IMMUNITY	138	<i>oyster shell calcium/d</i>	124	PERIDIN-C	139
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR	138	<i>oyster shell calcium/d3</i>	124	<i>perindopril erbumine</i>	54
ONE-A-DAY		<i>oyster shell calcium/vit d3</i>	125	PERIOGARD	145
VITACRAVES+OMEGA-3	138	<i>oyster shell calcium/vitamin d</i>	125	PERIOMED	145
ONE-A-DAY WOMENS		OZEMPIC (0.25 OR 0.5		<i>permethrin</i>	150
VITACRAVES	138	MG/DOSE)	66	<i>perphenazine</i>	112
<i>one-daily multi caps</i>	138	OZEMPIC (1 MG/DOSE)	66	PERSERIS	112
<i>one-daily multi vitamins</i>	138	OZEMPIC (2 MG/DOSE)	66	<i>petrolatum</i>	55
<i>one-daily multi-vitamin</i>	138	PACERONE	49	<i>petroleum jelly</i>	55
<i>one-daily multi-vitamin/liron</i>	138	<i>paclitaxel</i>	24	PFCB	55
<i>one-daily/liron</i>	138	<i>paclitaxel protein-bound part</i>	24	PFIZERPEN	47
ONTRUZANT	20	<i>pain & fever childrens</i>	36	<i>pharbedryl</i>	92
ONUREG	23	<i>pain & fever infants</i>	36	PHARBETOL	36
OPCON-A	85	<i>pain relief</i>	36	PHARBETOL EXTRA STRENGTH	36
OPSUMIT	54	<i>pain relief extra strength</i>	36	PHARMABASE ANTIOXIDANT	55
OPTICHAMBER DIAMOND	95	<i>pain relief regular strength</i>	36	PHARMABASE COSMETIC	55
OPTICHAMBER DIAMOND-LG		<i>paliperidone er</i>	112	PHARMABASE COSMETIC	
MASK	95	<i>pamidronate disodium</i>	71	NATURAL	55
		<i>pan-c 500/bioflavonoids</i>	138	PHARMABASE LIGHT	55

PHARMABASE VAGINAL.....	55	<i>potassium chloride in nacl</i>	119	PRONUTRIENTS CALCIUM+D3...	125
<i>pharmacist choice d-vitamin</i>	139	<i>potassium citrate er</i>	81	<i>propafenone hcl</i>	49
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH	75	<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	119	<i>propafenone hcl er</i>	49
<i>phendimetrazine tartrate</i>	70	<i>povidone-iodine</i>	152	<i>proparacaine hcl</i>	88
<i>phenelzine sulfate</i>	110	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	107	<i>propranolol hcl</i>	50
<i>phenobarbital</i>	105	<i>prasugrel hcl</i>	85	<i>propranolol hcl er</i>	50
<i>phenobarbital sodium</i>	116	<i>pravastatin sodium</i>	49	<i>propylthiouracil</i>	56
<i>phentermine hcl</i>	70	<i>praziquantel</i>	42	PROQUAD.....	30
<i>phenylephrine-dm-gg</i>	101	<i>prazosin hcl</i>	48	PRORENAL + D W/ OMEGA-3....	139
PHENYTEK.....	105	<i>prednisolone</i>	70	PROSOL.....	126
<i>phenytoin</i>	105	<i>prednisolone acetate</i>	87	PROTECT CARDIO AF.....	139
<i>phenytoin sodium</i>	116	<i>prednisolone sodium phosphate 70,</i>	87	PROTECT PLUS SO.....	139
<i>phenytoin sodium extended</i>	105	<i>prednisone</i>	70	PROTEGRA.....	139
PHESGO.....	20	PREDNISONE INTENSOL.....	70	<i>protriptyline hcl</i>	110
PHILITH.....	62	<i>preferred plus insulin syringe</i>	65	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	101
PHYTOBASE.....	55	<i>pregabalin</i>	105	<i>pseudoephedrine hcl</i>	101
<i>phytonadione</i>	139	<i>prehevbrio</i>	30	<i>pseudoephedrine hcl er</i>	101
PIFELTRO.....	37	PREMASOL.....	126	PULMOZYME.....	95
<i>pilocarpine hcl</i>	86, 145	<i>prenatal</i>	120, 139	<i>pure calcium carbonate</i>	125
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST.	42	<i>prenatal 19</i>	139	<i>pure comfort spacer chamber</i>	95
<i>pimozide</i>	112	<i>prenatal one daily</i>	139	<i>purevit dualfe plus</i>	84
PIMTREA.....	62	<i>prenatal vitamin and mineral</i>	139	PUREWAY-C.....	139
<i>pindolol</i>	50	<i>prenatal vitamins</i>	139	PURIXAN.....	23
<i>pioglitazone hcl</i>	66	<i>prenatal/iron</i>	139	<i>px b complex/vitamin c</i>	139
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	66	PRESERVISION AREDS.....	139	<i>px calcium</i>	125
<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	47	PRESERVISION AREDS 2.....	139	PX CHILDRENS VITAMIN.....	139
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	20	PRESERVISION/LUTEIN.....	139	<i>px folic acid</i>	139
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	20	PRETTY FEET/HANDS.....	152	<i>px ibuprofen</i>	32
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	20	PREVALITE.....	50	<i>px iron</i>	84
<i>pirfenidone</i>	95	PREVYMIS.....	43	<i>px stomach relief max st</i>	73
<i>piroxicam</i>	32	PREZCOBIX.....	39	<i>px vitamin c</i>	139
<i>plain niacin</i>	139	PREZISTA.....	38	<i>px vitamin e</i>	139
PLASMA-LYTE 148.....	119	PRIFTIN.....	38	<i>pyrazinamide</i>	38
PLASMA-LYTE A.....	119	<i>primaquine phosphate</i>	43	<i>pyridostigmine bromide</i>	114
PLENAMINE.....	126	<i>primidone</i>	105	<i>pyridoxine hcl</i>	139
PLENVU.....	78	PRIORIX.....	30	<i>qc 3 day</i>	80
POCKET CHAMBER.....	95	PRIVIGEN.....	27	<i>qc all day allergy</i>	92
POCKET SPACER.....	95	<i>pro comfort spacer adult</i>	95	<i>qc allergy childrens</i>	92
<i>podofilox</i>	152	<i>pro comfort spacer child</i>	95	<i>qc antacid</i>	72
POLYCIN.....	87	<i>pro comfort spacer infant</i>	95	<i>qc antacid/anti-gas</i>	72
<i>polyethylene glycol 3350</i>	55, 78	<i>probenecid</i>	37	<i>qc anti-diarrheal</i>	73
POLY-IRON 150.....	84	<i>procare spacer/adult mask</i>	95	<i>qc antifungal (tolnaftate)</i>	148
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	87	<i>procare spacer/child mask</i>	95	<i>qc arthritis pain relief</i>	36
<i>polysaccharide iron complex</i>	84	<i>prochlorperazine</i>	74	<i>qc aspirin</i>	36
<i>polysaccharide-iron complex</i>	84	<i>prochlorperazine edisylate</i>	74	<i>qc aspirin low dose</i>	36
<i>poly-tussin ac</i>	101	<i>prochlorperazine maleate</i>	74	<i>qc calamine</i>	152
POLY-VENT IR.....	101	PROCRIT.....	82	<i>qc calcium fast dissolution</i>	125
<i>polyvinyl alcohol</i>	88	PROCTO-MED HC.....	152	<i>qc childrens allergy</i>	92
POLY-VI-SOL.....	139	PROCTOSOL HC.....	152	<i>qc childrens complete</i>	139
POLY-VI-SOL/IRON.....	139	PROCTOZONE-HC.....	152	<i>qc childrens ibuprofen</i>	32
<i>poly-vita</i>	139	<i>progesterone</i>	71	<i>qc childrens vitamins/extra c</i>	139
<i>poly-vital/iron</i>	139	PROGRAF.....	28	<i>qc clotrimazole</i>	80
<i>poly-vite pediatric</i>	139	PROLASTIN-C.....	95	<i>qc daily multivitamins/iron</i>	139
<i>poly-vitel/iron</i>	139	PROLENSA.....	88	<i>qc diarrhea relief</i>	73
POMALYST.....	24	PROLIA.....	71	<i>qc enema</i>	78
PORTIA-28.....	62	PROMACTA.....	82	<i>qc enteric aspirin</i>	36
<i>posaconazole</i>	40	<i>promethazine hcl</i>	74	<i>qc epsom salt</i>	78
<i>potassium chloride</i>	119, 120	<i>promethazine vc/codeine</i>	101	<i>qc ferrous sulfate</i>	84
<i>potassium chloride crys er</i>	120	<i>promethazine-codeine</i>	101	<i>qc fiber laxative</i>	78
<i>potassium chloride er</i>	120	<i>promethazine-dm</i>	101	<i>qc fiber therapy</i>	78

<i>qc gas relief extra strength</i>	75	RA HI CAL.....	125	REPATHA PUSHTRONEX	
<i>qc gentle laxative</i>	78	<i>ra high potency iron</i>	84	SYSTEM.....	50
<i>qc ibuprofen</i>	32	<i>ra iron</i>	85	REPATHA SURECLICK.....	50
<i>qc loratadine allergy relief</i>	92	<i>ra natural magnesium</i>	125	RESTASIS.....	89
<i>qc loratadine-d</i>	101	<i>ra niacin</i>	140	RESTASIS MULTIDOSE.....	89
<i>qc miconazole 7</i>	80	<i>ra no flush niacin</i>	140	RESTORA RX.....	73
<i>qc milk of magnesia</i>	78	<i>ra pediatric electrolyte</i>	120	RETEVMO.....	20
<i>qc mineral oil heavy</i>	78	<i>ra slow release iron</i>	85	REVLIMID.....	24
<i>qc mucus relief</i>	101	<i>ra vitamin a</i>	140	REXULTI.....	112
<i>qc mucus relief er</i>	101	<i>ra vitamin b-1</i>	140	REYATAZ.....	38
<i>qc nasal decongestant pe</i>	101	<i>ra vitamin b12</i>	140	REZLIDHIA.....	20
<i>qc natural vegetable</i>	78	<i>ra vitamin b-12</i>	140	REZUROCK.....	28
<i>qc natura-lax</i>	78	<i>ra vitamin b-12 tr</i>	140	RHOPRESSA.....	86
<i>qc nicotine transdermal system</i>	117	<i>ra vitamin b-6</i>	140	<i>ribavirin</i>	43, 44
<i>qc non-aspirin childrens</i>	36	<i>ra vitamin c</i>	140	RID LICE KILLING SHAMPOO.....	150
<i>qc non-aspirin extra strength</i>	36	<i>ra vitamin c cr</i>	140	<i>rifabutin</i>	38
<i>qc pain relief</i>	36	<i>ra vitamin c/rose hips</i>	140	<i>rifampin</i>	38
<i>qc pain relief childrens</i>	36	<i>ra vitamin d-3</i>	140	<i>riluzole</i>	114
<i>qc pain relief extra strength</i>	36	<i>ra vitamins complete childrens</i>	140	<i>rimantadine hcl</i>	44
<i>qc pink bismuth</i>	73	<i>ra zinc</i>	125	RINVOQ.....	26
<i>qc povidone iodine</i>	152	RABAVERT.....	30	RISABAL-PH.....	152
<i>qc stomach relief ultra</i>	73	<i>rabeprazole sodium</i>	76	<i>risedronate sodium</i>	71
<i>qc stool softener</i>	79	RADIANCE PLATINUM VITAMIN		RISPERDAL CONSTA.....	112, 113
<i>qc stool softener pls laxative</i>	79	D3.....	140	<i>risperidone</i>	113
<i>qc suphedrine maximum strength</i> ..	101	<i>raloxifene hcl</i>	68	RITEFLO.....	95
<i>qc tolnaftate</i>	148	<i>ramipril</i>	54	<i>ritonavir</i>	38
<i>qc triple antibiotic max st</i>	147	<i>ranolazine er</i>	54	<i>rivastigmine</i>	109
<i>qc tussin cf</i>	101	<i>rasagiline mesylate</i>	107	<i>rivastigmine tartrate</i>	109
<i>qc tussin dm cough/congestion</i>	101	RAYALDEE.....	57	RIVELSA.....	62
<i>qc tussin mucus/congestion</i>	101	REALITY LATEX CONDOMS.....	62	<i>rizatriptan benzoate</i>	115
<i>qc vapor inhaler</i>	101	RECLIPSEN.....	62	<i>robafen cf multi-symptom cold</i>	101
QINLOCK.....	20	RECOMBIVAX HB.....	30	ROBAFEN DM.....	101
Q-SORB CO Q-10.....	118	RECTIV.....	152	ROBAFEN MUCUS/CHEST	
QSYMIA.....	71	<i>reeses pinworm medicine</i>	42	CONGESTION.....	101
QUADRACEL.....	30	REFRESH.....	88	ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH..	101
<i>quetiapine fumarate</i>	112	REFRESH CELLUVISC.....	88	ROCKLATAN.....	86
<i>quetiapine fumarate er</i>	112	REFRESH LIQUIGEL.....	88	<i>roflumilast</i>	95
QUFLORA FE.....	140	REFRESH OPTIVE.....	88	<i>ropinirole hcl</i>	107
QUFLORA FE PEDIATRIC.....	140	REFRESH OPTIVE ADVANCED.....	88	<i>rosuvastatin calcium</i>	49
QUFLORA GUMMIES.....	140	REFRESH OPTIVE ADVANCED		ROTARIX.....	30
QUFLORA PEDIATRIC.....	140	PF.....	88	ROTATEQ.....	30
QUICKVUE AT-HOME COVID-19		REFRESH OPTIVE MEGA-3.....	88	ROWEEPPRA.....	105
TEST.....	42	REFRESH OPTIVE PF.....	89	ROZLYTREK.....	20
<i>quinapril hcl</i>	54	REFRESH PLUS.....	89	RUBRACA.....	20
<i>quinidine sulfate</i>	49	REFRESH RELIEVA.....	89	<i>rufinamide</i>	105
<i>quinine sulfate</i>	43	REFRESH TEARS.....	89	RUKOBIA.....	38
<i>quintabs</i>	140	REGRANEX.....	146	RYBELSUS.....	66
<i>ra balanced b-100</i>	140	REGULOID.....	79	RYDAPT.....	20
<i>ra balanced b-50</i>	140	REHYDRALYTE.....	121	<i>rynex pse</i>	101
<i>ra b-complex</i>	140	RELENZA DISKHALER.....	43	SAJAZIR.....	82
<i>ra b-complex with b-12</i>	140	RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	65	SANDIMMUNE.....	28
<i>ra biotin</i>	140	RELISTOR.....	75	SANTYL.....	146
<i>ra calcium 600</i>	125	REMICADE.....	26	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	68
<i>ra calcium 600/vitamin d-3</i>	125	RENAL.....	140	<i>sb allergy relief/nasal decong</i>	101
<i>ra calcium cit plus vit d-3</i>	125	<i>renal vitamin</i>	140	<i>sb calcium + d</i>	125
<i>ra calcium citrate plus vit d</i>	125	<i>rena-vite</i>	140	<i>sb lice killing max st</i>	150
<i>ra calcium cit-vit d-3 petites</i>	125	RENFLEXIS.....	26	<i>sb oyster shell calcium</i>	125
<i>ra calcium plus vitamin d</i>	125	<i>repaglinide</i>	66	<i>sb pediatric electrolyte</i>	121
<i>ra coenzyme q-10</i>	118	REPATHA.....	50	<i>sb vitamin c</i>	140
<i>ra folic acid</i>	140			<i>scar care</i>	55

SCSEMBLIX.....	20	sm antifungal clotrimazole.....	148	sm milk of magnesia.....	79
scopolamine.....	74	sm antifungal miconazole.....	148	sm mucus relief.....	102
SECUADO.....	113	sm antifungal tolnaftate.....	148	sm mucus relief max strength.....	102
selegiline hcl.....	107	sm anti-itch extra strength.....	152	sm multiple vitamins essential.....	141
selenious acid.....	126	sm antiseptic skin cleanser.....	152	sm multiple vitamins/iron.....	141
selenium sulfide.....	148	sm arthritis pain relief.....	36	sm nasal decongestant max st.....	102
SELZENTRY.....	38	sm aspirin.....	36	sm nasal decongestant pe.....	102
SENEXON-S.....	79	sm aspirin adult low strength.....	36	sm nasal spray.....	102
senna.....	79	sm aspirin ec.....	36	sm nasal spray 12 hour.....	102
senna laxative.....	79	sm aspirin low dose.....	36	sm nasal spray moisturizing.....	102
senna plus.....	79	sm athletes foot.....	148	sm nasal spray sinus.....	102
senna s.....	79	sm b super vitamin complex.....	141	sm niacin cr.....	141
senna-lax.....	79	sm b100 complex.....	141	sm nicotine.....	117
senna-tabs.....	79	sm balanced b-50.....	141	sm nicotine polacrilex.....	117
senna-time.....	79	sm b-complex.....	141	sm nose drops nasal decongest.....	102
senna-time s.....	79	sm b-complex/vitamin c.....	141	sm oyster shell calcium/vit d.....	125
SENOKOT EXTRA STRENGTH.....	79	sm biotin.....	141	sm oyster shell calcium/vit d3.....	125
SEREVENT DISKUS.....	92	sm calamine.....	152	sm pain & fever childrens.....	36
sertraline hcl.....	110	sm calamine phenolated.....	152	sm pain & fever infants.....	36
se-tan plus.....	85	sm calcium 500/vitamin d3.....	125	sm pain relief.....	36
SETLAKIN.....	62	sm calcium 600/vitamin d.....	125	sm pain reliever.....	36
sevelamer carbonate.....	56	sm calcium 600+d3.....	125	sm pain reliever childrens.....	36
SHAROBEL.....	62	sm calcium citrate+/vit d3.....	125	sm pain reliever ex st.....	36
SHINGRIX.....	30	sm calcium citrate+d3 petite.....	125	sm pediatric electrolyte.....	121
SIGNIFOR.....	68	sm calcium citrate+vit d3 max.....	125	sm povidone-iodine.....	152
siladryl allergy.....	92	sm calcium/vitamin d.....	125	sm slow release iron.....	85
sildenafil citrate.....	54	sm calcium/vitamin d3.....	125	sm stomach relief.....	73
siltussin sa.....	101	sm calcium-vitamin d.....	125	sm stool softener.....	79
siltussin-dm alcohol free.....	101	sm chewable vitamin c.....	141	sm stool softener/laxative.....	79
silver sulfadiazine.....	147	sm childrens loratadine.....	92	sm super b complex/c.....	141
SIMBRINZA.....	86	SM CLEARLAX.....	79	sm triple antibiotic.....	147
SIMLIYA.....	62	sm clotrimazole vaginal.....	80	sm triple antibiotic max st.....	147
SIMPESSE.....	62	sm co q-10.....	118	sm tussin cf.....	102
simvastatin.....	49	sm coenzyme q-10.....	118	sm tussin cough/chest congest.....	102
sinus nasal spray.....	101	sm ear drops.....	153	sm tussin dm.....	102
sinus relief extra strength.....	102	sm enema.....	79	sm tussin dm max.....	102
sirolimus.....	28	sm fexofenadine hcl.....	92	sm tussin mucus+chest congest.....	102
SIRTURO.....	38	sm fiber.....	79	sm vit c/rose hips.....	141
SIVEXTRO.....	42	sm fiber powder.....	79	sm vitamin b complex/vitamin c.....	141
SKYRIZI.....	26	sm folic acid.....	141	sm vitamin b1.....	141
SKYRIZI PEN.....	26	sm gas relief.....	75	sm vitamin b-12.....	141
SLOW FE.....	85	sm gas relief infants.....	75	sm vitamin b12 tr.....	141
slow iron.....	85	sm gentle laxative.....	79	sm vitamin b6.....	141
slow release iron.....	85	sm ibuprofen.....	32	sm vitamin b-6.....	141
sm 3-day vaginal.....	80	sm ibuprofen ib.....	32	sm vitamin c.....	141
sm 8 hour pain relief.....	36	sm ibuprofen ib childrens.....	32	sm vitamin c cr.....	141
sm alcohol.....	55	sm infants ibuprofen.....	32	sm vitamin c/rose hips.....	141
sm all day allergy.....	92	sm iron.....	85	sm vitamin d.....	141
sm all day allergy childrens.....	92	sm iron slow release.....	85	sm vitamin d3.....	141
sm all day allergy-d.....	102	sm lice killing max strength.....	150	sm vitamin e.....	141
sm allergy childrens.....	92	sm lice treatment.....	150	sm zinc gluconate.....	126
sm allergy relief.....	92	sm loratadine.....	92	sodium bicarbonate.....	73
sm animal shapes complete.....	141	sm lorata-dine d.....	102	sodium chloride.....	102, 119, 146
sm animal shapes kids first.....	141	sm lubricant eye drops.....	89	sodium chloride (hypertonic).....	89
sm antacid.....	73	sm lubricating plus.....	89	sodium fluoride.....	120, 126
sm antacid advanced.....	73	sm lubricating tears.....	89	sodium oxybate.....	115
sm antacid advanced max st.....	73	sm magnesium oxide.....	125	sodium phenylbutyrate.....	68
sm antacid maximum strength.....	73	sm miconazole 3.....	80	sodium phosphates.....	126
sm antibiotic.....	147	sm miconazole 3 applicator.....	80	sodium polystyrene sulfonate.....	57
sm anti-diarrheal.....	73	sm miconazole 7.....	80	solifenacin succinate.....	80

SOLQUA.....	65	super b-complex + vitamin c.....	142	TENIVAC.....	30
SOLTAMOX.....	15	super b-complex/vit c/fa.....	142	tenofovir disoproxil fumarate.....	38
SOLU-CORTEF.....	70	super biotin.....	142	TEPMETKO.....	21
SOMATULINE DEPOT.....	69	super calcium.....	126	terazosin hcl.....	48
SOMAVERT.....	69	super calcium 600 + d 400.....	126	terbinafine hcl.....	40, 148
sorafenib tosylate.....	20	super calcium 600 + d3.....	126	terbutaline sulfate.....	92
SORBOLENE.....	152	super daily d3.....	142	terconazole.....	80
SORINE.....	49	SUPER QUINTS B-50.....	142	teriparatide (recombinant).....	71
sotalol hcl.....	49	suphedrine 12hour.....	102	testosterone.....	57
sotalol hcl (af).....	49	sv vitamin b-12 er.....	142	testosterone cypionate.....	57
span c.....	141	SYEDA.....	62	testosterone enanthate.....	57
SPEEDY SWAB COVID-19		SYMDEKO.....	95	tetrabenazine.....	114
ANTIGEN.....	42	SYMJEPI.....	95	tetracycline hcl.....	48
spironolactone.....	48	SYMPAZAN.....	106	THALOMID.....	25
spironolactone-hctz.....	53	SYMTUZA.....	39	theophylline.....	96
SPRINTEC 28.....	62	SYNAREL.....	69	theophylline er.....	96
SPRITAM.....	105	SYNJARDY.....	66	THERA.....	142
SPRYCEL.....	20	SYNJARDY XR.....	67	THERA-D 2000.....	142
SPS.....	57	SYNRIBO.....	24	THERA-D 4000.....	142
SRONYX.....	62	SYNTHROID.....	56	THERA-D RAPID REPLETION.....	142
SSD.....	147	SYRSPEND SF.....	55	THERAMILL FORTE.....	142
STELARA.....	26	SYSTANE.....	89	therapeutic moisturizing.....	153
sterile water for irrigation.....	146	SYSTANE BALANCE.....	89	thera-tabs.....	142
stimulant laxative.....	79	SYSTANE COMPLETE.....	89	THEREMS.....	142
STIVARGA.....	20	SYSTANE ICAPS AREDS2.....	142	thiamine hcl.....	142
stomach relief.....	73	SYSTANE PRESERVATIVE FREE.....	89	thiamine mononitrate.....	142
stomach relief extra strength.....	73	SYSTANE ULTRA.....	89	thioridazine hcl.....	113
stomach relief ultra.....	73	SYSTANE ULTRA PF.....	89	thiothixene.....	113
stool softener.....	79	TAB-A-VITE.....	142	TIADYL ER.....	51
stool softener plus laxative.....	79	TAB-A-VITE/BETA CAROTENE.....	142	tiagabine hcl.....	106
streptomycin sulfate.....	42	tab-a-vite/iron.....	142	TIBSOVO.....	21
stress formula.....	141	TAB-A-VITE/IRON/BETA		TICOVAC.....	30
stress formula (folic acid).....	141	CAROTENE.....	142	tigecycline.....	48
stress formulaliron.....	141	TABLOID.....	23	TILIA FE.....	62
STRESSTABS ENERGY.....	141	TABRECTA.....	21	timolol maleate.....	50, 86
STRIBILD.....	39	tacrolimus.....	28, 153	tinidazole.....	42
STROVITE ONE.....	141	TAFINLAR.....	21	TIVICAY.....	38
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN.....	153	TAGRISSO.....	21	TIVICAY PD.....	38
SUBVENITE.....	105	TALTZ.....	26	tizanidine hcl.....	108
sucralfate.....	75	TALZENNA.....	21	TOBRADEX.....	86
SUDOGEST.....	102	tamoxifen citrate.....	15	TOBRADEX ST.....	86
sudogest 12 hour.....	102	tamsulosin hcl.....	81	tobramycin.....	42, 87
SUDOGEST MAXIMUM		TANDEM.....	85	tobramycin sulfate.....	42
STRENGTH.....	102	TANDEM PLUS.....	85	tobramycin-dexamethasone.....	86
sulfacetamide sodium.....	87	TARINA 24 FE.....	62	tolnaftate.....	148
sulfacetamide sodium (acne).....	146	TARINA FE 1/20 EQ.....	62	tolterodine tartrate.....	80
sulfacetamide-prednisolone.....	86	TASIGNA.....	21	tolterodine tartrate er.....	80
sulfadiazine.....	42	tasimelteon.....	114	topiramate.....	106
sulfamethoxazole-trimethoprim.....	42	tazarotene.....	148	toremifene citrate.....	15
SULFAMYLON.....	147	TAZICEF.....	45	torsemide.....	53
sulfasalazine.....	76	TAZORAC.....	148	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	65
sulindac.....	32	TAZIA XT.....	51	TOUJEO SOLOSTAR.....	65
sumatriptan.....	115	TAZVERIK.....	21	TPN ELECTROLYTES.....	119
sumatriptan succinate.....	115	TDVAX.....	30	TRADJENTA.....	67
sumatriptan succinate refill.....	115	TECENTRIQ.....	21	TRALEMENT.....	126
sunitinib malate.....	20	TEFLARO.....	45	tramadol hcl.....	33
SUNLENCA.....	38	telmisartan.....	48	tramadol-acetaminophen.....	33
super antioxidant.....	142	telmisartan-amlodipine.....	52	trandolapril.....	54
super b complex/fa/vit c.....	142	telmisartan-hctz.....	52	tranexamic acid.....	82
super b complex/vitamin c.....	142	temazepam.....	114	tranylcypromine sulfate.....	110

TRAVASOL.....	126	TRUSTEX LUBRICATED EX		VANICREAM.....	153
TRAZIMERA.....	21	LARGE.....	63	<i>vanishing cream botanical base</i>	56
<i>trazodone hcl</i>	110	TRUSTEX LUBRICATED EXTRA		VAQTA.....	30
TRECATOR.....	38	ST.....	63	<i>varenicline tartrate</i>	117
TRELEGY ELLIPTA.....	93	TRUSTEX		<i>varenicline tartrate (starter)</i>	117
<i>treprostinil</i>	54	LUBRICATED/SPERMICIDE.....	63	VARIVAX.....	30
TRESIBA.....	65	TRUSTEX NON-LUBRICATED.....	63	VASCEPA.....	50
TRESIBA FLEXTOUCH.....	65	TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE..	63	<i>v-c forte</i>	142
<i>tretinoin</i>	24, 146	TRUSTEX RIA LUBRICATED.....	63	<i>vegetable lax+stool softener</i>	79
<i>triamcinolone acetonide</i>	145, 150	TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	63	VELIVET.....	63
<i>triamterene-hctz</i>	53	TRUSTEX-NONNOXYNOL-		VELPHORO.....	56
<i>tri-buffered aspirin</i>	36	9/RIB/STUD.....	63	VELTASSA.....	57
TRICARE.....	120	TRUXIMA.....	21	VELVACHOL.....	153
TRICON.....	85	TUKYSA.....	21	VEMLIDY.....	44
<i>trientine hcl</i>	57	TURALIO.....	21	VENCLEXTA.....	21
TRI-ESTARYLLA.....	62	TUSNEL.....	102	VENCLEXTA STARTING PACK.....	21
TRIFERIC.....	85	TUSNEL C.....	102	VENEXA.....	142
<i>trifluoperazine hcl</i>	113	<i>tusnel diabetic</i>	102	VENEXA FE.....	142
<i>trifluridine</i>	87	TUSNEL DM.....	102	<i>venlafaxine hcl</i>	110
<i>trigels-f forte</i>	85	TUSNEL DM PEDIATRIC.....	102	<i>venlafaxine hcl er</i>	110
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	107	TUSNEL PEDIATRIC.....	102	VENOFER.....	85
TRIJARDY XR.....	67	TUSNEL-DM PEDIATRIC.....	103	VENTAVIS.....	54
TRIKAFTA.....	96	TUSNEL-EX.....	103	VENTOLIN HFA.....	92
TRI-LEGEST FE.....	62	<i>tussin cf</i>	103	<i>verapamil hcl</i>	51
TRI-LINYAH.....	62	<i>tussin cough</i>	103	<i>verapamil hcl er</i>	51
TRI-LO-ESTARYLLA.....	62	<i>tussin dm</i>	103	VERQUVO.....	54
TRI-LO-MARZIA.....	62	<i>tussin dm max adult</i>	103	VERSACLOZ.....	113
TRI-LO-MILI.....	62	<i>tussin mucus & chest congest</i>	103	<i>versatile cream base</i>	56
TRI-LO-SPRINTEC.....	62	<i>tussin mucus+chest congestion</i>	103	VERSIGEL.....	56
<i>trimethoprim</i>	42	<i>tussin multi-symptom cold cf</i>	103	VERZENIO.....	21
TRI-MILI.....	62	TWINRIX.....	30	VESTURA.....	63
<i>trimipramine maleate</i>	110	TYBOST.....	38	V-GO 20.....	65
TRINTELLIX.....	110	TYDEMY.....	63	V-GO 30.....	65
TRI-NYMYO.....	63	TYPHIM VI.....	30	V-GO 40.....	65
<i>triphrocaps</i>	142	TYRVAYA.....	89	VIC-FORTE.....	143
<i>triple antibiotic</i>	147	U-BASE.....	55	VIENVA.....	63
<i>triple antibiotic plus</i>	147	UDAMIN SP.....	142	<i>vigabatrin</i>	106
<i>triple antibiotic+pain relief</i>	147	ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN		VIGADRONE.....	106
TRIPLE PASTE AF.....	148	KIDS.....	142	<i>vilazodone hcl</i>	110
TRI-SPRINTEC.....	63	<i>ultra lubricating eye drops</i>	89	<i>vincristine sulfate</i>	24
TRIUMEQ.....	39	UNITHROID.....	56	<i>vinorelbine tartrate</i>	24
TRIUMEQ PD.....	39	UPSPRING BABY VIT D.....	142	<i>violele</i>	63
<i>tri-vitel/fluoride</i>	142	<i>ursodiol</i>	75	VIRACEPT.....	38
TRIVORA (28).....	63	<i>valacyclovir hcl</i>	44	VIREAD.....	38
TRI-VYLIBRA.....	63	VALCHLOR.....	153	<i>virt-caps</i>	143
TRI-VYLIBRA LO.....	63	<i>valganciclovir hcl</i>	44	VIRT-GARD.....	143
TRIZIVIR.....	39	<i>valproate sodium</i>	116	<i>vision health</i>	143
TROGARZO.....	38	<i>valproic acid</i>	106	VISTA ADVANCED AREDS2	
TROPHAMINE.....	127	<i>valsartan</i>	48	FORMULA.....	143
<i>tropical liquid nutrition</i>	142	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	52	VISTA ADVANCED DRY EYE	
<i>trospium chloride</i>	80	VALTOCO 10 MG DOSE.....	106	FORMULA.....	143
TRULICITY.....	67	VALTOCO 15 MG DOSE.....	106	<i>vit e-vit c-beta carotene</i>	143
TRUMENBA.....	30	VALTOCO 20 MG DOSE.....	106	<i>vita c/bioflavonoids/rose hips</i>	143
TRUSTEX		VALTOCO 5 MG DOSE.....	106	<i>vitabex plus</i>	143
LUB/RIBBED/STUDDED.....	63	<i>value plus glucose</i>	57	<i>vitachew adult multi vitamin</i>	143
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX		VANADOM.....	108	<i>vitachew multiple vitamin</i>	143
ST.....	63	VANATAB DM.....	103	<i>vitachew vit c citrus burst</i>	143
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL...	63	<i>vancomycin hcl</i>	42	VITAJoy DAILY C GUMMIES.....	143
TRUSTEX LUBRICATED.....	63	<i>vancomycin hcl in nacl</i>	42	VITAL-D RX.....	143
		VANIBASE.....	56	<i>vitalee</i>	143

VITALETS CHILDRENS.....	143	VYZULTA.....	86	ZEJULA.....	22
<i>vitamin a</i>	143	<i>warfarin sodium</i>	81	ZELBORAF.....	22
<i>vitamin b + c complex</i>	143	<i>wee care</i>	85	ZEMAIRA.....	96
<i>vitamin b 12</i>	143	WELIREG.....	24	ZENATANE.....	146
<i>vitamin b complex</i>	143	WERA.....	63	ZENPEP.....	76
<i>vitamin b1</i>	143	<i>westab one</i>	145	ZERVIATE.....	85
<i>vitamin b-1</i>	143	<i>white petroleum jelly</i>	56	<i>zidovudine</i>	38
<i>vitamin b12</i>	143	WIXELA INHUB.....	93	ZIEXTENZO.....	82
<i>vitamin b-12</i>	143	<i>womens 50+ advanced</i>	145	<i>zinc</i>	126
<i>vitamin b-12 er</i>	143	<i>womens multi</i>	145	ZINC 15.....	126
<i>vitamin b12 tr</i>	143	<i>womens multi gummies</i>	145	<i>zinc chloride</i>	127
<i>vitamin b6</i>	143	<i>wound care</i>	56	<i>zinc gluconate</i>	126
<i>vitamin b-6</i>	143	WYMZYA FE.....	63	<i>zinc oxide</i>	153
<i>vitamin c</i>	144	XALKORI.....	22	<i>zinc sulfate</i>	126
<i>vitamin c drops</i>	143	XARELTO.....	81	<i>ziprasidone hcl</i>	113
<i>vitamin c er</i>	143	XARELTO STARTER PACK.....	82	<i>ziprasidone mesylate</i>	113
<i>vitamin c plus wild rose hips</i>	144	XATMEP.....	27	ZIRABEV.....	22
<i>vitamin c/rose hips</i>	144	XCEL 100.....	56	ZIRGAN.....	87
<i>vitamin c/rose hips tr</i>	144	XCOPRI.....	106	<i>zoledronic acid</i>	71
<i>vitamin c-rose hips</i>	144	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ..	106	ZOLINZA.....	22
<i>vitamin c-rose hips er</i>	144	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ..	106	<i>zolpidem tartrate</i>	115
<i>vitamin c-rose hips tr</i>	144	XELJANZ.....	26	ZONISADE.....	106
<i>vitamin d</i>	144	XELJANZ XR.....	26	<i>zonisamide</i>	106
<i>vitamin d (cholecalciferol)</i>	144	XENICAL.....	71	ZOO FRIENDS/EXTRA C.....	145
<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	144	XERAC AC.....	153	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
<i>vitamin d high potency</i>	144	XERMELO.....	75		153
<i>vitamin d infant</i>	144	XGEVA.....	71	ZOVIA 1/35 (28).....	63
VITAMIN D-1000 MAX ST.....	144	XHANCE.....	96	ZTALMY.....	106
<i>vitamin d3</i>	144	XIFAXAN.....	75	ZUMANDIMINE.....	63
<i>vitamin d-3</i>	144	XIGDUO XR.....	67	ZYDELIG.....	22
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH.....	144	XIIDRA.....	89	ZYKADIA.....	22
<i>vitamin d3 maximum strength</i>	144	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	44	ZYLET.....	86
<i>vitamin e</i>	144	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	44	ZYPREXA RELPREVV.....	113
<i>vitamin e blend</i>	144	XOLAIR.....	96		
<i>vitamin e water soluble</i>	145	XOSPATA.....	22		
<i>vitamin k1</i>	145	XPOVIO (100 MG ONCE			
<i>vitamin-b complex</i>	145	WEEKLY).....	22		
<i>vitamins acd-fluoride</i>	145	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ..	22		
<i>vitamins for hair</i>	145	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ..	22		
<i>vitatrum</i>	145	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ..	22		
VITRAKVI.....	21, 22	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ..	22		
VITRANOL.....	145	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ..	22		
VITRANOL FE.....	145	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ..	22		
VITREXATE.....	145	XTANDI.....	15		
VITREXATE FE.....	145	XULANE.....	63		
VITREXYL.....	145	XULTOPHY.....	65		
VITREXYL + IRON.....	145	YF-VAX.....	30		
VITRON-C.....	85	<i>yl coenzyme q10</i>	118		
VIVITROL.....	117	<i>yl folic acid</i>	145		
VIZIMPRO.....	22	<i>yl vitamin b-6</i>	145		
VONJO.....	22	<i>yl vitamin c</i>	145		
<i>voriconazole</i>	40	<i>yl vitamin c-rose hips</i>	145		
VORTEX VALVED HOLDING		YOUR LIFE MULTI ADULT			
CHAMBER.....	96	GUMMIES.....	145		
VOSEVI.....	44	YUVAFEM.....	69		
VOTRIENT.....	22	ZAFEMY.....	63		
<i>vp-vite rx</i>	145	<i>zafirlukast</i>	96		
VRAYLAR.....	113	<i>zaleplon</i>	115		
VYFEMLA.....	63	ZARXIO.....	82		
VYLIBRA.....	63	ZEASORB-AF.....	148		

Neighborhood INTEGRITY | (Plan de Medicare-Medicaid)
Formulario de 2024: Lista de Medicamentos Cubiertos

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas. Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted.

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 desde el **29/09/2023**.



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.



Multi-Language Insert Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-812-6896 (TTY 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-812-6896 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-812-6896 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-812-6896 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-812-6896 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-812-6896 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-812-6896 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-812-6896 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-812-6896 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-812-6896 (TTY 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-844-812-6896 (TTY 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-812-6896 (TTY 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-812-6896 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-812-6896 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-812-6896 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-812-6896 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-844-812-6896 (TTY 711)にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Khmer: យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដើម្បីឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព និងថ្នាំរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711)។ អ្នកដែលនិយាយខ្មែរជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។