



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

Para pedirnos información más reciente o hacernos alguna pregunta, puede llamarnos al 1-844-812-6896 o al 711 para TTY de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y sábados de 8 a.m. a 12 m., o visitar www.nhpri.org/INTEGRITY. No hemos hecho cambios a esta lista de medicamentos desde el 21/ 11/ 2023.

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

Neighborhood INTEGRITY| *Lista de Medicamentos Cubiertos* 2023 (Formulario)

Introducción

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

Índice

A. Renuncias de garantías	4
B. Preguntas frecuentes (FAQ)	5
B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Para abreviar, también llamamos “Lista de medicamentos” a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> .)	5
B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?	5
B3. ¿Qué sucede si hay una modificación en la Lista de medicamentos?	6
B4. ¿Existen restricciones o limitaciones para la cobertura de medicamentos o requisitos que se deban cumplir para obtener ciertos medicamentos?	8
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si hay requisitos que debo cumplir para obtener el medicamento?	8
B6. ¿Qué sucede si Neighborhood INTEGRITY modifica sus normas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, PA (aprobación), límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado sobre un medicamento)?	8
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?	9
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la Lista de medicamentos?	9
B9. ¿Qué sucede si soy un nuevo miembro de Neighborhood INTEGRITY y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo problemas para obtener mi medicamento?	9
B10. ¿Puedo solicitar una excepción que cubra mi medicamento?	11
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	11

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



B12. ¿Cuánto demora obtener una excepción?	11
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	11
B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?	11
B15. ¿Neighborhood INTEGRITY cubre productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?	12
B16. ¿Cuál es mi copago?.....	12
B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	12
C. Breve resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	12
C1. Medicamentos agrupados por condición médica	13
D. Índice de medicamentos cubiertos	171



A. Renuncias de garantías

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

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

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



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

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

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

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

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

También puede consultar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web, www.nhpri.org/INTEGRITY, o llamando al Servicio de atención a los miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711).

B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

- la FDA proporciona nuevas pautas o se publican nuevas directrices clínicas sobre un medicamento,
- Incorporamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado **y**
 - Reemplazamos un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de medicamentos ○
 - 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 ○
- 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 ○
- si es conveniente solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre excepciones, consulte la pregunta B10.



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.

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

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

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

Usted puede averiguar si su medicamento tiene algún otro requisito o límite consultando las tablas que figuran en las páginas **15-170**. También puede obtener información adicional visitando nuestro sitio web, www.nhpri.org/INTEGRITY. Hemos publicado documentos en línea en los cuales se explican nuestras restricciones en virtud de la PA y el tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

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

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

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

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

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



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

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

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

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

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

Para buscar **por orden alfabético**, consulte la sección Índice de medicamentos cubiertos. Puede encontrarla en la página **171**.

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

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

Si no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos, llame al Servicio de atención a los miembros, al 1-844-812-6896 (TTY 711) y pregunte por el medicamento. Si averigua que Neighborhood INTEGRITY no cubre ese medicamento, tiene las siguientes opciones:

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Las transiciones del Nivel de atención también se admiten en el caso de los miembros que fueron internados en una institución de atención a largo plazo durante los últimos 30 días. Cubriremos un suministro acumulativo para 31 días del medicamento que necesita (los límites de reposiciones son válidos para ciertos medicamentos de marca), independientemente de si es un miembro nuevo de Neighborhood INTEGRITY.

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



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

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

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

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

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

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

B12. ¿Cuánto demora obtener una excepción?

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

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

Neighborhood INTEGRITY cubre medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

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

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

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



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

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

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

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

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

B16. ¿Cuál es mi copago?

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

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

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

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

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

La *Lista de medicamentos cubiertos* le proporciona información sobre los medicamentos que cubre Neighborhood INTEGRITY. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página **171**. En el índice encontrará una lista de todos los medicamentos cubiertos por Neighborhood INTEGRITY en orden alfabético.

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

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



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

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

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

C1. Medicamentos agrupados por condición médica

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

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

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

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

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

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



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

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

DP = Este medicamento no corresponde a la Parte D.

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

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

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



Lista de Medicamentos Agrupados por Enfermedad

FECHA EFECTIVA: 1/12/2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
Agentes Alquilantes		
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nivel 2)	B/D; LA; NDS
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, 2 gm, 500 mg	\$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)	
oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml, 200 mg/40ml, 50 mg/10ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
PARAPLATIN INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/100ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
Agentes Antineoplásticos Hormonales		
abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; 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, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
exemestane oral tablet 25 mg	\$0 (Nivel 1)	
fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
letrozole oral tablet 2.5 mg	\$0 (Nivel 1)	
leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml	\$0 (Nivel 1)	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
Agentes Moleculares Dirigidos		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg, 3.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>bortezomib intravenous solution reconstituted 3.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (150 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 tabletas cada 28 días); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (216 ml cada 27 días); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D; LA; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (21 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (42 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (63 tabletas cada 28 días); NDS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 cápsulas cada 28 días); NDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 60-60-2000 MG-MG-U/ML, 80-40-2000 MG-MG-U/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (300 tabletas cada 30 días); NDS
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; 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, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 & 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (112 tabletas cada 28 días)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (42 tabletas cada 28 días); NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (4 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (4 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (24 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (32 tabletas cada 28 días); NDS
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
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; 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
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
Agentes Protectores		
<i>leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Antibióticos		
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100ML, 50 MG/25ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
Antimetabolitos		
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (49 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (70 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (91 tabletas cada 28 días); NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
Inhibidores Mitóticos		
<i>docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>etoposide intravenous solution 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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
REVLIMID ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas cada 28 días); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 cápsulas cada 28 días); NDS
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoinmunes		
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 recambios cada 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 frascos cada 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 jeringas cada 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 frascos cada 28 días); NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 28 días); NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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, 25 GM/500ML, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Inmunomoduladores		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	B/D; LA; NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Inmunosupresores		
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
<i>cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 1)	B/D
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
Vacunas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nivel 2)	
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 2)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nivel 2)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nivel 2)	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	\$0 (Nivel 2)	
DENGVAIXA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lf/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nivel 2)	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 2)	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	\$0 (Nivel 2)	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	\$0 (Nivel 2)	
IPOLE INJECTION INJECTABLE	\$0 (Nivel 2)	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nivel 2)	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 2)	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 2)	
<i>prehevbrio intramuscular suspension 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)	\$0 (Nivel 2)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 2)	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 2)	
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 2)	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	QL (2 frascos por vida)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	\$0 (Nivel 2)	B/D
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 2)	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0 (Nivel 2)	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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		
ADVIL JUNIOR STRENGTH ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<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)
CHILDRENS ADVIL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<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>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>hm ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</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 infants oral suspension 50 mg/1.25ml</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 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
INFANTS ADVIL ORAL SUSPENSION 50 MG/1.25ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 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>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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 childrens profen ib oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px infants profen ib oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm ibuprofen ib childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm ibuprofen ib oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tgt childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Analgésicos Opioides, De Acción Prolongada		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (4 parches cada 28 días)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (10 parches cada 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
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)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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-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)
<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)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>8 hour arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>8 hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>8hr muscle aches & pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen 8 hour oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen childrens oral solution 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<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 capsule 500 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 liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen oral solution 160 mg/5ml, 325 mg/10.15ml, 650 mg/20.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml, 325 mg/10.15ml, 650 mg/20.3ml</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
APHEN ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>arthritis pain relief oral tablet extended release 650 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 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
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens apap oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens silapap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ECOTRIN ARTHRTIS PAIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ECOTRIN LOW STRENGTH ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ECOTRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ed-apap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL ADULTS RECTAL SUPPOSITORY 650 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL CHILDRENS RECTAL SUPPOSITORY 120 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL INFANTS RECTAL SUPPOSITORY 80 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL JUNIOR STRENGTH RECTAL SUPPOSITORY 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp 8 hour arthritis relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp 8 hour pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp acetaminophen ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp infants pain/fever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense arthritis pain 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>goodsense aspirin adults oral tablet 325 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 aspirin oral tablet delayed release 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
HEALTHY MAMA SHAKE THAT ACHE ORAL TABLET 500 MG	\$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 ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pain relieve child dye-free oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pain reliever infants oral suspension 160 mg/5ml</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>liquid pain relief 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>mapap oral liquid 160 mg/5ml</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>non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>non-aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nortemp infants oral suspension 80 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NORTEMP ORAL SUSPENSION 160 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<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 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>px arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px childrens pain relief oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc acetaminophen 8 hours oral tablet extended release 650 mg</i>	\$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 aspirin oral tablet delayed release 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 arthritis pain reliever 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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain relief oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever ex st oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt acetaminophen ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt childrens acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ANESTÉSICOS		
Anestésicos Locales		
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
ANTIINFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 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
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (400 ml cada 30 días); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (480 tabletas cada 30 días)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0 (Nivel 2)	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Antituberculosos		
<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
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	
Agentes Combinados Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (630 ml cada 30 días); NDS
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>posaconazole oral 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 2)	PA; NDS
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

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

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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (6 tabletas cada 30 días); NDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pin-away oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>reeses pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (80 cápsulas cada 180 días)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (160 cápsulas cada 180 días)
Antimalariales		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
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 2)	NDS
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (168 cápsulas cada año)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (84 cápsulas cada año)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1080 ml cada año)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (6 inhaladores cada año)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<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 250 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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>cefotixin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefepodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefepodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftazidime 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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 1)	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 1)	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	\$0 (Nivel 2)	
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 1)	
<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 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 REFILLED 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 tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
CARDIOVASCULAR		
Alfabloqueantes		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antagonistas Del Receptor De Aldosterona		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antagonistas Del Receptor De Angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

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

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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0 (Nivel 1)	
PREVALITE ORAL POWDER 4 GM/DOSE	\$0 (Nivel 1)	
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0 (Nivel 2)	
Betabloqueadores		
<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)	
<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)	

LEYENDA

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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>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)	
<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)	
<i>quinapril-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)	
<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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>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		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<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)	
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	
<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)	
<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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</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		
Diversos		
<i>1st base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ARBEM H-COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
ARBEM LIOPEN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>az cream external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BASE PCCA CLARIFYING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cream base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>emollient base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp petroleum jelly external gel</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
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
PFCB EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE ANTIOXIDANT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC NATURAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE LIGHT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE VAGINAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHYTOBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PICODERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pna-hrt base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>q-derm external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>rejuvacare plus external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SALTSTABLE LO EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>scar care external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SYRSPEND SF ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
U-BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
VANIBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vanishing cream botanical base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>versatile cream base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VERSIGEL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>v-max external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>wound care external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
XCEL 100 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP

ENDOCRINO Y METABÓLICO

Agentes Aglutinantes De Fosfato

<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 2)	QL (540 paquetes cada 30 días); NDS
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
<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
----------------------------------	---------------	----

LEYENDA

PA = Autorización previa QL = Límite de cantidad ST = Tratamiento escalonado B/D = Autorización previa de la Parte B versus D LA = Acceso limitado NDS = Suministro por tiempo no extendido 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>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
GLUCO BURST ORAL GEL 40 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GLUTOSE 5 ORAL GEL 40 %	\$0 (Nivel 3)	DP
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)	
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	\$0 (Nivel 2)	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	\$0 (Nivel 2)	
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>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)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Anticonceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AYUNA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 1)	
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>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)	
<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
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
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)	
FEMYNOR ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
FINZALA ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
HAILEY 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
HAILEY 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
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)	
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)	
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NYMYO ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
PHILITH ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 1)	
PIRMELLA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
RIVELSA ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0 (Nivel 1)	
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
SIMLIYA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 1)	
SIMPESSE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
TARINA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LINYAH ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-MARZIA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-NYMYO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TYDEMY ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG	\$0 (Nivel 1)	
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0 (Nivel 1)	
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 1)	
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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
WERA ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
Antidiabéticos, Insulinas		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nivel 2)	
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nivel 2)	
<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)	
LEVEMIR FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5) KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD 5 G6 POD (GEN 5)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3) KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
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 (1 kit cada 30 días)
V-GO 30 KIT 30 UNIT/24HR	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit 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
V-GO 40 KIT 40 UNIT/24HR	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada 30 días)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (5 plumas cada 30 días)
Antidiabéticos		
<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)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JARDIANCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>metformin hcl 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>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)
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)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 plumas cada 30 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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		
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</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
CVS KETONE CARE IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 3)	DP
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
FABRAZyme INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
GENOTROPIN MINISQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.2 MG, 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
JAVYGTOR ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
JAVYGTOR ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
KETO-DIASTIX IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 3)	DP
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
LUMIZyme INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 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
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
XENICAL ORAL CAPSULE 120 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
Endometriosis		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
Estrógenos		
AMABELZ ORAL TABLET 0.5-0.1 MG, 1-0.5 MG	\$0 (Nivel 2)	
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
DOTTI TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>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)	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>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)	
Progestinas		
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Reguladores De Calcio		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 600 MCG/2.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution 6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 180 días)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>teriparatide (recombinant) subcutaneous solution pen-injector 620 mcg/2.48ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
zoledronic acid intravenous solution 4 mg/100ml, 5 mg/100ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Del Receptor H2		
famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2ml	\$0 (Nivel 1)	
famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml	\$0 (Nivel 1)	
famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ml cada 30 días)
famotidine oral tablet 20 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
famotidine oral tablet 40 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%	\$0 (Nivel 1)	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	\$0 (Nivel 1)	
Antiácidos		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
alum & mag hydroxide-simeth oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
alumina-magnesia-simethicone oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
antacid anti-gas max strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
antacid anti-gas reg strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml, 800-800-80 mg/10ml	\$0 (Nivel 3)	DP
antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/10ml	\$0 (Nivel 3)	DP
antacid plus anti-gas relief oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
antacid/antigas oral suspension 400-400-40 mg/10ml	\$0 (Nivel 3)	DP
antacid/anti-gas oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
eqi antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
geri-lanta maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
geri-lanta oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>geri-mox oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$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 regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense antacid & gas relief oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm advanced antacid max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml</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 oral tablet 420 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oxide tablet 400 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mintox maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MINTOX ORAL SUSPENSION 200-200-20 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MINTOX PLUS ORAL TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MYLANTA MAXIMUM STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid advanced max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid advanced oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid oral suspension 400-400-40 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid/antigas oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium bicarbonate oral powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Antidiarreicos		
<i>anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bismatrol oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bismuth oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bismuth subsalicylate oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diamode oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-pectate oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp k-pec oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pink bismuth oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pink bismuth oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp stomach relief oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loperamide hcl oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px stomach relief oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px stomach relief oral tablet chewable 262 mg</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 tablet chewable 262 mg</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 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 oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt stomach relief oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Antieméticos		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	\$0 (Nivel 1)	
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D; QL (60 cápsulas cada 30 días)
granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml	\$0 (Nivel 1)	
granisetron hcl oral tablet 1 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg	\$0 (Nivel 2)	
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml	\$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml	\$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	\$0 (Nivel 1)	
promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	PA
promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml	\$0 (Nivel 2)	PA
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 2)	PA
scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (10 parches cada 30 días)
Antiespasmódicos		
dicyclomine hcl oral capsule 10 mg	\$0 (Nivel 2)	
dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml	\$0 (Nivel 2)	
dicyclomine hcl oral tablet 20 mg	\$0 (Nivel 2)	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (Nivel 1)	
Diversos		
alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml	\$0 (Nivel 2)	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	\$0 (Nivel 2)	
gas relief drops infants oral suspension 20 mg/0.3ml	\$0 (Nivel 3)	DP
gas relief extra strength oral capsule 125 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GAS-X EXTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
GAS-X EXTRA STRENGTH ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
GAS-X ULTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 180 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>gnp anti-gas oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp infant gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm gas relief infants drops oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm gas relief oral tablet chewable 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>infants gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>infants simethicone oral suspension 20 mg/0.3ml</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)
MYLICON INFANTS GAS RELIEF ORAL SUSPENSION 20 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 3)	DP
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc anti-gas oral capsule 180 mg</i>	\$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; NDS
<i>simethicone drops infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>simethicone oral capsule 125 mg, 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>simethicone oral tablet chewable 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>simethicone ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gas relief antiflatuent oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gas relief oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gas relief oral tablet chewable 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sucrafate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tgt gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días)
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 cápsulas cada 30 días)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Enzimas Pancreáticas		
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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 laxative rectal suppository 10 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 2-IN-1 ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
COLACE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
DOCU LIQUID ORAL LIQUID 100 MG/10ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>docu oral liquid 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<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 100 mg/10ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DOCUSOL MINI RECTAL ENEMA 283 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
DOCUSOL PLUS MINI-ENEMA RECTAL ENEMA 20-283 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DOK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dss oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$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)	
<i>epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
EVAC-U-GEN ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fiber laxative + calcium oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fiber laxative oral tablet 625 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>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 packet 17 gm</i>	\$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>geri-kot oral tablet 8.6 mg</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 epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp fiber oral powder 43 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp fiber-caps oral tablet 625 mg</i>	\$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 laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</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 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp senna lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp stool softener ex st oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp stool softener oral capsule 100 mg, 240 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp stool softener oral liquid 50 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>gnp stool softener oral syrup 60 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp stool softener/laxative 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
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0 (Nivel 2)	
<i>goodsense bisacodyl 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 senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense stimulant laxative oral tablet 8.6-50 mg</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
<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, 250 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 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp bisacodyl oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp senna oral tablet 8.6 mg</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>laxacin oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>laxative max str oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml, 2400 mg/30ml, 400 mg/5ml, 7.75 %</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 fiber laxative oral powder 58.6 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>natural senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ONELAX RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA-LAX ORAL LIQUID 50 MG/15ML	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA-LAX RECTAL SUPPOSITORY 1 GM	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>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>psyllium fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px docusate sodium oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc enema rectal enema 16-6 gm/133ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc fiber laxative oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc natural vegetable oral powder 95 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc natura-lax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc psyllium fiber oral powder 43 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc stool softener pls laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REGULOID ORAL CAPSULE 0.52 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
REGULOID ORAL POWDER 28.3 %, 48.57 %, 58.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senexon oral liquid 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SENEXON-S ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral capsule 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral liquid 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral syrup 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>senna-plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-tabs oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-time oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-time s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sennosides-docusate sodium oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SENOKOT ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
SENOKOT S ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>silace oral liquid 150 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>silace oral syrup 60 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fiber oral powder 28.3 %, 48.57 %, 58.6 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stimulant laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stool softener laxative oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stool softener plus laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stool softener/laxative oral tablet 50-8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>tgt fiber therapy oral powder 28.3 %, 58.6 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TGT POWDERLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt psyllium fiber oral capsule 520 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
THE MAGIC BULLET RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vegetable lax+stool softener oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>womans laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
GENITOURINARIO		
Antiespasmódicos Urinarios		
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (300 ml cada 28 días)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
Antiinfecciosos Vaginales		
<i>3 day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>miconazole 3 combo pack app vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>miconazole 3 combo-supp vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>miconazole 7 vaginal suppository 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>miconazole nitrate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MONISTAT 3 COMBINATION PACK VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nivel 3)	DP
MONISTAT 3 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nivel 3)	DP
MONISTAT 7 SIMPLY CURE VAGINAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>px miconazole 3-day combo vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm 3-day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm clotrimazole vaginal vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 3 applicator vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 7 vaginal suppository 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tgt miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
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)	
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
<i>ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (74 tabletas cada 30 días)
<i>ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG</i>	\$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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>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 1)	
<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)
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Factores De Crecimiento Hematopoyéticos		
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Hierro		
<i>active fe oral tablet 75-1.25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRATEX ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
CHROMAGEN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
CORVITA 150 ORAL TABLET 150-1.25 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
CORVITE 150 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>corvite fe oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql iron supplement therapy oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION 510 MG/17ML	\$0 (Nivel 3)	DP
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
<i>ferocon oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FEROSUL ORAL ELIXIR 220 (44 FE) MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
FEROSUL ORAL TABLET 325 (65 FE) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FERRALET 90 ORAL TABLET 90-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferretts oral tablet 325 (106 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FERREX 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferric x-150 oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous fumarate oral tablet 324 (106 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous gluconate oral tablet 240 (27 fe) mg, 324 (37.5 fe) mg, 324 (38 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>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, 324 mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLITAB 500 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 105-500-0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLIVANE-F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLIVANE-PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
FUSION ORAL CAPSULE 65-65-25-30 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FUSION PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp iron oral tablet extended release 142 (45 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hematinic/folic acid oral tablet 324-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMATOGEN FA ORAL CAPSULE 200-250-0.01-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMATOGEN FORTE ORAL CAPSULE 460-60-0.01-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMATOGEN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMOCYTE PLUS ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMOCYTE-F ORAL TABLET 324-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAR ORAL SUSPENSION 15 MG/1.25ML	\$0 (Nivel 3)	DP
IFEREX 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
INFED INJECTION SOLUTION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML	\$0 (Nivel 3)	DP
INTEGRA F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
INTEGRA ORAL CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
INTEGRA PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<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</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron supplement oral solution 220 (44 fe) mg/5ml</i>	\$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>myferon 150 oral capsule 150 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>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 50 ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NOVAFERRUM ORAL LIQUID 125 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS ORAL LIQUID 15 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
NUFERA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
POLY-IRON 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<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>qc ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra iron oral tablet 325 (65 fe) 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, 47.5 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</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TRICON ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
TRIFERIC HEMODIALYSIS PACKET 272 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>trigels-f forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>virt-fefa plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>wee care oral suspension 15 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Inhibidores De Agregación Plaquetaria		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %, 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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (Nivel 1)	
NEO-POLYCIN HC OPHTHALMIC OINTMENT 1 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0 (Nivel 2)	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$0 (Nivel 2)	
Antiinfectivos		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	\$0 (Nivel 2)	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Antiinflamatorios		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %	\$0 (Nivel 2)	
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nivel 2)	
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	\$0 (Nivel 2)	
Diversos		
<i>artificial tears ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %, 0.5-0.6 %, 1.4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>carboxymethylcellulose sod pf ophthalmic gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>carboxymethylcellulose sod pf ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CLEAR EYES NATURAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 5-6 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>dry eye relief drops ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL SEVERE OPHTHALMIC GEL 0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS MODERATE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.2-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
GENTEAL TEARS PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS SEVERE DAY/NIGHT OPHTHALMIC GEL 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<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
GONAK OPHTHALMIC SOLUTION 2.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense artificial tears ophthalmic solution 0.5-0.6 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense lubricating eye drop ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense ultra lubricant drop ophthalmic solution 0.4-0.3 %</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 plus ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ISOPTO TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %, 0.6 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lubricant eye drops pf ophthalmic solution 0.5 %</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)	
<i>px artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH CELLUVISC OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH DIGITAL OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH DIGITAL PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH LIQUIGEL OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPHTHALMIC SOLUTION 1.4-0.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 ADVANCED PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE MEGA-3 OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE OPHTHALMIC GEL 1-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH PLUS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH RELIEVA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH RELIEVA PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0 (Nivel 2)	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>sm dry eye relief ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lubricating plus ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic ointment 5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic solution 5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE BALANCE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE COMPLETE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE HYDRATION PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE OPHTHALMIC GEL 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE OVERNIGHT THERAPY OPHTHALMIC GEL 0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE PRESERVATIVE FREE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ULTRA OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ULTRA PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
THERATEARS OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
THERATEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0 (Nivel 3)	DP
TYRVAYA NASAL SOLUTION 0.03 MG/ACT	\$0 (Nivel 2)	
ULTRA FRESH OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ultra lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	
ÓTICOS		
Agentes Óticos		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
FLAC OTIC OIL 0.01 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluocinolone acetate otic oil 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
RESPIRATORIOS		
Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (30 blísteres cada 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<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
ALAVERT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aler-cap oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all-day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aller-chlor oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aller-ease oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy (cetirizine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy 24-hr oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy rel child (loratadine) oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 (loratadine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief cetirizine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief childrens oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief oral tablet 10 mg, 180 mg, 25 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief indoor/outdoor oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy-time oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
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 allergy oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cetirizine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chlorhist oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chlorpheniramine maleate oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>complete allergy medicine oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>complete allergy relief oral tablet 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>diphen oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diphenhist oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<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)	
<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>eql all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-dryl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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 childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy oral capsule 25 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 all day allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm allergy relief (cetirizine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</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, 25 mg, 4 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm cetirizine hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 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)	
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (rx)</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>liquid allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loradamed oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<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>pharbecchlor oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pharbedryl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px allergy oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px allergy relief cetirizine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px allergy relief loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px childrens allergy oral solution 5 mg/5ml</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 allergy relief oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc allergy relief oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc cetirizine allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc childrens allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc chlor-pheniramine oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc complete allergy medicine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc fexofenadine hydrochloride oral tablet 180 mg</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 4 hour oral tablet 4 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 liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm allergy relief oral tablet 25 mg, 60 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 allergy relief oral tablet dispersible 10 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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>tgt allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt allergy relief oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>total allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
WAL-DRYL ALLERGY ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$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)
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)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 Esteroides/Beta Agonistas		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (60 inhalaciones cada 30 días)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	\$0 (Nivel 2)	QL (60 blísteres cada 30 días)
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (3 inhaladores cada 30 días)
Diversos		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cromolyn sodium nasal aerosol solution 5.2 mg/act</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
KALYDECO ORAL PACKET 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
<i>neti pot sinus wash nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 paquetes cada 28 días); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (270 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (270 tabletas cada 30 días); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
SYMJEPI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.15 MG/0.3ML, 0.3 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 2)	
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 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
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
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 250 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (240 inhalaciones 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
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (180 inhalaciones cada 30 días)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT, 44 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (3 inhaladores cada 30 días)
Moduladores De Leucotrieno		
<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
4-WAY FAST ACTING NASAL SOLUTION 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ALAVERT ALLERGY/SINUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all day allergy d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief d oral tablet extended release 24 hour 10-240 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 relief-d 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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
BENZEDREX NASAL INHALER	\$0 (Nivel 3)	DP
benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
capcof oral syrup 5-2-10 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
chest congestion relief dm oral syrup 10-100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
chest congestion relief oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
coditussin ac oral liquid 200-10 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
coditussin dac oral liquid 30-10-200 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
cough/chest congestion dm oral syrup 10-100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
DELSYM COUGH CHILDRENS ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
DELSYM ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
dextromethorphan hbr oral capsule 15 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
dextromethorphan polistirex er oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
dextromethorphan-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5ml, 20-200 mg/10ml	\$0 (Nivel 3)	DP
dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 10-100 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
DIABETIC TUSSIN DM ORAL LIQUID 100-10 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
ed-a-hist dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
eq cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP
eq allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp allergy & congestion oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp cough dm er oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 cough gels oral capsule 15 mg</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 four spray nasal solution 1 %</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 nose drops extra strength nasal solution 1 %</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 suphedrin oral liquid 15 mg/5ml</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 oral liquid 20-200 mg/10ml</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 tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaiaitussin ac oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin ac oral syrup 100-10 mg/5ml</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
HISTEX-AC ORAL SYRUP 10-2.5-10 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm allergy & congestion oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm allergy complete-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>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 mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</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 oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nose drops nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm sinus nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm tussin adult dm oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm tussin adult multi-symptom oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm tussin adult oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HYCODAN ORAL SOLUTION 5-1.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
HYCODAN ORAL TABLET 5-1.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<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
KLS ALLERCLEAR D-24HR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-240 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
KLS ALLER-TEC D ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lohist-dm oral syrup 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine-d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine-d 24hr oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID 225-7.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss ac oral solution 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss cd oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>maxi-tuss g oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss gmx oral liquid 10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>m-clear wc oral solution 100-6.33 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX DM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 30-600 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS ORAL LIQUID 400 MG/20ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 1200 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX SINUS-MAX SINUS/ALLRGY NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus & chest congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant max st oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant pe max st oral tablet 10 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
<i>nasal spray no drip nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NINJACOF-XG ORAL LIQUID 200-8 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<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 hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-tussin ac oral liquid 10-4-10 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>promethazine vcl/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>promethazine-phenyleph-codeine oral syrup 6.25-5-10 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>px allergy relief d (loratid) oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px allergy relief d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 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 childrens oral liquid 100 mg/5ml</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 max st 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 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, 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc tussin mucus/congestion oral liquid 100 mg/5ml</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 CGH/CHEST CONGEST ORAL LIQUID 10-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
ROBAFEN DM COUGH ORAL LIQUID 10-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
ROBAFEN MUCUS/CHEST CONGESTION ORAL LIQUID 200 MG/10ML	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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>siltussin dm das oral liquid 100-10 mg/5ml</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 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sinus congestion max strength oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sinus nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<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 cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm loratadine d 12hr 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 oral tablet extended release 12 hour 120 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</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 tussin mucus+chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution 7 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sudogest 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
SUDOGEST ORAL TABLET 30 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>suphedrine 12hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL C ORAL SYRUP 30-10-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tusnel diabetic oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL-EX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin cf multi-symptom cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin cough oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin dm cough + chest oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin dm oral liquid 100-10 mg/5ml, 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin mucus & chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin mucus+chest congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin multi-symptom cold cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
Agentes Antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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
<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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>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
<i>fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 cápsulas cada 28 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
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>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
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 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>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<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)
Anticonvulsivantes		
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 INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (600 ml cada 30 días); NDS
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<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)	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	\$0 (Nivel 2)	
<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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 CAPSULE 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (360 paquetes cada 30 días); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
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, 300 mg/6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2160 ml cada 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1200 ml cada 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>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)	
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>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 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
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1200 ml cada 30 días); NDS
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 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)
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (1100 ml cada 30 días); NDS
Antidemencia		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	\$0 (Nivel 2)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 parches cada 30 días)
Antidepresivos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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)	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<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
<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)	
<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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>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>tranylcypromine 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)	
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG	\$0 (Nivel 2)	
<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 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 56 días); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$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
<i>chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (270 tabletas cada 30 días)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>clozapine oral tablet 25 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>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (270 tabletas cada 30 días)
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	\$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
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inyección cada 180 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 78 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 90 días); NDS
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 frascos cada 1 día)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 30 días); NDS
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inyecciones cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 37.5 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inyecciones cada 28 días); NDS
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 ml cada 30 días)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>risperidone oral tablet dispersible 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	QL (30 parches cada 30 días)
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (600 ml cada 30 días); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (6 inyecciones cada 3 días)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 frascos cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 frascos cada 28 días); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 frasco cada 28 días); NDS
Desorden Hiperactivo Y Déficit De Atención		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
METADATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas cada 28 días); NDS
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
Hipnóticos		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Migraña		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 30 días)
<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)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 tabletas cada 30 días)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 tabletas 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>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (540 ml cada 30 días); NDS
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (540 ml cada 30 días); NDS
Psicoterapéutico, Varios		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ADIPEX-P ORAL CAPSULE 37.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ADIPEX-P ORAL TABLET 37.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzphetamine hcl oral tablet 50 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>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)	
<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
<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 2 mg, 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, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG	\$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)	
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 14 MG/24HR, 21 MG/24HR, 7 MG/24HR	\$0 (Nivel 3)	DP
NICORETTE MINI MOUTH/THROAT LOZENGE 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NICORETTE MOUTH/THROAT GUM 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NICORETTE MOUTH/THROAT LOZENGE 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NICORETTE STARTER KIT MOUTH/THROAT GUM 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine step 1 transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine step 2 transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine step 3 transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine transdermal kit 21-14-7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0 (Nivel 2)	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>phendimetrazine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 105 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phentermine hcl oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phentermine hcl oral tablet 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px stop smoking aid mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
QSYMIA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11.25-69 MG, 15-92 MG, 3.75-23 MG, 7.5-46 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine mouth/throat gum 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt nicotine step one transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt nicotine step three transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>tgt nicotine step two transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<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 q10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co q-10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coenzyme q10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co-enzyme q10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co-enzyme q-10 oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq-10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq-10 oral capsule extended release 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 coq10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp co q10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp melatonin maximum strength oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
H2Q ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm coq10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin maximum strength oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/4ml, 2.5 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin oral tablet 1 mg, 3 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc melatonin max st oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Q-GEL FORTE ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
Q-GEL MEGA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
Q-SORB CO Q-10 ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm co q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>yl coenzyme q10 oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Electrolitos/Minerales, Inyectables		
<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)	
<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 intravenous solution 20-0.9 meq/l-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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 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)	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/50ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride solution 20 meq/50ml intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride solution 20 meq/50ml intravenous</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)	
<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)	
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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
CERASPORT EX1 ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
CERASPORT ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs electrolyte solution oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs ped electrolyte freeze pop oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ENFAMIL ENFALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp electrolyte solution oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>h-e-b oral electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
KINDERLYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
KINDERLYTE PREMAX ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oral electrolytes oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ORALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
ORALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ped electrolyte freeze pops oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ped electrolyte freezer pops oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA VANCE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE ADVANCED CARE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE SINGLES ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pediatric electrolyte-zinc oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra ped electrolyte freezer pop oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REHYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Minerales		
CALCI-CHEW ORAL TABLET CHEWABLE 1250 (500 CA) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
CALCITRATE ORAL TABLET 315-6.25 MG-MCG, 950 (200 CA) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium + d oral tablet 250-125 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium + vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium + vitamin d3 oral tablet chewable 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 500 + d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500 + d3 oral tablet 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500 +d oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500/d oral tablet chewable 500-400 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500/vitamin d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d high potency oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 + d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 high potency oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d high potency oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-200 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600-d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet 250-3.125 mg-mcg, 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet chewable 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg, 1500 (600 ca) mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate oral tablet chewable 1250 (500 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate powder</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</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate +d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate oral tablet 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 315-6.25 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>calcium citrate-vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium extra d3 oral tablet 500-15 mg-mcg</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 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+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium-vitamin d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg</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 +d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>citrus calcium/vitamin d oral tablet 200-6.25 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 +d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium citrate +d3 mini oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</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 500 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 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 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>gnp calcium 500 +d3 oral tablet 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium citrate +d3 oral tablet 315-6.25 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>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>hm calcium citrate+vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm calcium-vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp calcium 600+d oral tablet 600-10 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
MAG64 ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGDELAY ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magdelay oral tablet delayed release 70 mg</i>	\$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 500 (27 mg) 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 tablet 400 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
<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
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 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
OYSCO 500 ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
OYSCO 500+D ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster calcium oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium 250+d oral tablet 250-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 500 + d oral tablet 500-200 mg-unit, 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium 500+d oral tablet chewable 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium oral tablet 500 mg, 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium plus d oral tablet 500-3.125 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium w/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OYSTERCAL ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
OYSTERCAL-D ORAL TABLET 500-10 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pure calcium carbonate oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px calcium&d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc calcium fast dissolution oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium 600/vitamin d-3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium cit plus vit d-3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium cit-vit d-3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<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
SLOW-MAG ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG	\$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 citrate w/vit d3 oral tablet 315-6.25 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>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</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 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
<i>sm zinc gluconate oral tablet 50 mg</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
<i>zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc oral tablet 50 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>clanimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>clanimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>clanimix/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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
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 advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z high potency oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select 50+ advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select 50+ mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select ultimate women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z ultimate mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a-10000 oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>abc complete senior womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>abc plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ABC PLUS SENIOR ADULTS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acerola c-500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>actical oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ADEK GUMMIES PLUS ZN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>adult one daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ADVANCED MULTI EA ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE+GOOD REST ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE+NATURAL ENERGY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE+PROBIOTIC ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>algae based calcium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ALIVE ULTRA POTENCY WOMENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS GUMMY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALLBEE/C ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
AMLADEX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>animal chews oral tablet chewable , with c & fa</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ANIMAL SHAPES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>animal shapes/iron oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ANIMI-3 ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antioxidant a/c/e/selenium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antioxidant formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>anti-oxidant oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
AQUADEKS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aqueous vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ascorbic acid injection solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ascorbic acid oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
AZO HORMONAL HEALTH CYCLE CARE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
AZO HORMONAL HEALTH HAPPY CYCL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex vitamins oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex-b12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex-c-folic acid oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b6 natural oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BACMIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>balance b-50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bariatric multivitaminsliron 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
<i>biosupp oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BIOTECT PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin 5000 oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin maximum strength oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin oral capsule 5 mg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin plus/calcium/vit d3 oral tablet</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/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
CALCIDOL ORAL SOLUTION 200 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
CARDIOTEK RX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-chewable oral tablet chewable 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>centavite a-z complete-mineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>centravites 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>centravites adults oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>centravites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM ADULTS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM CARDIO ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM MEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER 50+MEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER 50+WOMEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER ADULT 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER ULTRA WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SPECIALIST HEART ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SPECIALIST VISION ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM ULTRA WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM WOMEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>century mature oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>century oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CEREFOLIN ORAL TABLET 6-1-50-5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
CEROVITE ADVANCED FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CEROVITE JR ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
CEROVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>certa plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CERTA-VITE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
CERTAVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
CERTAVITE SENIOR/ANTIOXIDANT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chewable vite childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens animal shapes oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens chew multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens chewable multi vits oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens chewable vitamins oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>classic prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cod liver oil oral capsule 4000-200 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>companion oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>complete multivitamin/mineral oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>complete senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CORVITA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CVS AIRSHIELD ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs b complex plus c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs chewable c with rose hips oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs chewable childrens vitamin oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs childrens complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs 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>cvs daily gummies adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs daily multiple for men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs daily multiple for women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs daily multiple women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs e oral capsule 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>cv's eye health & lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's eye health adult 50+ oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's folic acid oral tablet 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's gummy dinos oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's gummy multivitamin kids oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's mens daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's one daily essential oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's one daily mens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's one daily mens formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's one daily womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's one daily womens formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's spectravite adult 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's spectravite adult 50+ oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's spectravite adults oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's spectravite advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's spectravite men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's spectravite men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's spectravite senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's spectravite ultra men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's spectravite ultra mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's spectravite ultra women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's spectravite women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's spectravite women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's spectravite womens senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's super b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's vision health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's vitamin b12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's vitamin b-12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's vitamin d3 oral capsule 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's womens active daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's 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 2000 oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d 400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</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 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 vitamin oral liquid 10 mcg/ml</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>D3-50 ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 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 multi oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily multiple vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily multiple vitamins/iron 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 vitamin formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vitamin formula+iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vitamin formula+minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vitamin 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 vites/iron 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
<i>daily-vitel/iron/beta-carotene oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dayavite 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
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
DERMACINRX FOLTAMIN ORAL TABLET 125-1 MCG-MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMACINRX RIBOTIN-E ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMACINRX ZINTREXYL-C ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diabetes health formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 3000 ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 5000 ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 800 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dialyvite 800/ultra d oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 800/ZINC ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 800-ZINC 15 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE SUPREME D ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE VITAMIN D 5000 ORAL CAPSULE 125 MCG (5000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE/ZINC ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
DINO-LIFE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>disney cars gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>disney princess gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DRISDOL ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
D-VI-SOL ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>e 1000 oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>e200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>e-200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>e-400 oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ELDERTONIC ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
ELFOLATE PLUS ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
EMERGEN-C VITAMIN C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ENDUR-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 multivit adult 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq complete multivitamin child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq complete multivitamin-adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq multivitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq one daily mens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq one daily womens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql b complex 50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql century mature adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql century mature oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql century mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql century oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql child multivit/minerals oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql one daily mens 50+ advance oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql one daily womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql vision formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql 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>eql vitamin e oral capsule 1000 unit, 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
ESSENTIA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>essential balance oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ESTROVEN MENOPAUSE SUPPLEMENT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eye health + lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>eye multivitamin/lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eye multivitamin/sodium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eyeprotect oral tablet</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>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
FOLBIC ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$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
FOLIFLEX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folika-mg oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLITIN-Z ORAL TABLET	\$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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
FOLTREXYL ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nivel 3)	DP
FORTAVIT ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
FOSFREE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>freedavite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fruit c 500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<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 b/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
<i>gerivite complete oral tablet</i>	\$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 century adults 50+ senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp century cardio health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp century mature oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp century oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp century ultimate mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp century ultimate womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp childrens complete 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 diabetic support formula oral tablet</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 hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp healthy eyes oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp healthy eyes supervision oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp little ones childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp mega multi for men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp mega multi for women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp one daily maximum oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp one daily mens health 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp one daily mens/lycopene oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp one daily plus iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp one daily womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gnp prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp therapeutic-m oral tablet</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 d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)</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
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/MIN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hair formula extra strength oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hair skin & nails advanced oral tablet</i>	\$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>hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hair/skin/nails/biotin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HALLS DEFENSE VITAMIN C DROPS MOUTH/THROAT LOZENGE 60 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy eyes oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy eyes supervision 2 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy eyes/lutein oral tablet</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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>healthy kids gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>high pot multivitamin/beta-car oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>high potency multivit/ifa oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>high potency multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm animal shapes oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm antioxidant vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm complete 50+ mens ultimate oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm complete 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm complete 50+ women ultimate oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm complete men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm complete women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm mens 50+ advanced one daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm niacin oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm niacin tr oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm one daily mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm super vitamin b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm vitamin b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm vitamin d3 oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm vitamin e oral capsule 400 unit, 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm womens 50+ advanced daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydroxocobalamin acetate intramuscular solution 1000 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hylazinc oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS AREDS FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS MV ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>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>i-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>i-vite protect oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>just 4 kidz multivit/probiotic oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
JUST D ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kobee oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp adults 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp adults daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp b complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp folic acid oral tablet 1 mg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp mens 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp mens daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp prenatal multivitamins oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
KP VISION FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
KP VISION FORMULA/LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin d oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp womens 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp womens daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL ST ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-methylfolate calcium oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-methylfolate-b6-b12 oral tablet 3-35-2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-methyl-mc nac oral tablet 6-2-600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-methyl-mc oral tablet 6-1-50-5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
LYSIPLEX PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
MACULAR HEALTH FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MACUVITE EYE CARE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
MACUVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
MACUVITE/LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
MAXIMUM D3 ORAL CAPSULE 325 MCG (13000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maximum daily green oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MEGA MULTI MEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mega vm-80 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>megavite fruits & veggies oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>megavite golden years 55+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens 50+ advanced oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens daily formulalycopene oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens multi vitamin & mineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MEPHYTON ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MERIBIN ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
METAFOLBIC ORAL TABLET 6-1-50-5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
METAFOLBIC PLUS ORAL TABLET 6-2-600 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MILLTRIUM SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
MTX SUPPORT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi + omega-3 adult gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi adult gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi completeliron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for her 50+ oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for her 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for her oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for her oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for him 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MULTI FOR HIM ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi vitamin daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi vitamin w/d-3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi vitamin/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MULTI-BETIC DIABETES ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-day oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-day plus iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-day plus minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multilex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multilex-t&m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vit/minerals/no iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>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 (minerals) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adult extra c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adults oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin childrens (w/ fa) oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin gummies adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin gummies mens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin gummies womens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin monocaps oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/extra vitamin d3 oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/zinc stress oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin-minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamins plus iron child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamins/minerals adult oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>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 TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>myamulti oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mynephrocaps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MYNEPHRON ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>my-vitalife oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NASCOBAL NASAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>natural c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>natural vitamin d-3 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>neovite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHPLEX RX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHRO-VITE RX ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin er oral capsule extended release 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin er oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NICOMIDE ORAL TABLET 750-27-2-0.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotinamide oral tablet 750-27-2-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NIVA-FOL ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>no iron mult vitamin-minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>norwegian cod liver oil oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ocular vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ocutabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>ocutabs-lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE ADULT 50+ ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE ADULT FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE EXTRA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE EYE + MULTI ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE EYE HEATH GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>omnicap oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>once daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>once daily/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ONCOVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE A DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily calcium/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily for men 50+ advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily for men/lycopene oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily for women 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily for women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily healthy weight adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily maximum oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily mens 50+ multivit oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily multivitamin adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily multivitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily womens 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY ESSENTIAL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY FOR HER VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY FOR HIM VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ONE-A-DAY JOLLY RANCHER ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS (MINERALS) ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS 50+ ADVANTAGE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS HEALTH FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY PROACTIVE 65+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY SCOOPY-DOO GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY TEEN ADVANTAGE/HER ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY TEEN ADVANTAGE/HIM ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES+OMEGA-3 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WEIGHT SMART ADVANCE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS 50+ ADVANTAGE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS HEALTHY SKIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS MIND & BODY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS PETITES ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi caps oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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>one-daily multi-vit/mineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>optic-vites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTIFAST POST BARIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTIMAL D3 ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>optimum pms oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTIVITE P.M.T. ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
OPURITY BYPASS OPTIMIZED ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pan-c 500/bioflavonoids oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>parvlex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pc pediatric poly-vitalfe drop oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PERIDIN-C ORAL TABLET 200-50-150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pharmacist choice d-vitamin oral liquid 400 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PHYTOMULTI ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phytonadione oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>plain niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-vitaliron oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polyvitamin/iron oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal 19 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal one daily oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal oral tablet 27-0.8 mg, 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal vitamin and mineral oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal vitamin oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal vitamins oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenataliron 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 AREDS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION/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>prevent oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PRO-CAL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
PROCERV HP ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>profola oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PRORENAL + D ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
PRORENAL + D W/ OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PROSIGHT ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PROSIGHT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
PROTECT CARDIO AF ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PROTECT PLUS SO ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PROTEGRA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pure c 500 oral capsule extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PUREWAY-C ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px advanced formula multivits oral tablet</i>	\$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 complete senior multivits oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px mens multivitamins oral tablet</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 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc childrens complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc daily multivit/multimineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc daily multivitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc mens daily multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc multi-vite 50 & over oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc multi-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc therin-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc womens daily multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>quin b strong oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>quintabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>quintabs-m 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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra b-complex with b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RA CENTRAL-VITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra central-vite womens mature oral tablet</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 one daily energy formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra one daily essential oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra one daily maximum oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra one daily mens 50+ w/vit d3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra one daily mens/vit d-3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra one daily womens oral tablet</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 MULTIVITAMIN FORMULA ORAL TABLET	\$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>renal-vite oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RENAPLEX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
RENAPLEX-D ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>rena-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>rena-vite rx oral tablet 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
<i>reno caps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REQ 49+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
SAVISION ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb vitamin c oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senior tabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sentry oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sentry senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SIDEROL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<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 antioxidant vitamins oral tablet</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 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 complete 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm complete 50+ ultimate mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm complete 50+ ultimate women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm complete advanced formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm complete senior formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm hair/skin/nails oral tablet</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 one daily mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm opti-vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm super b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vit c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 vitamin b12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral capsule 50 mcg, 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin e oral capsule 1000 unit, 200 unit, 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>solo oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>span c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SPECTRAVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stress formula (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stress formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stress formula/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
STRESSTABS ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
STRESSTABS ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
STROVITE FORTE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
STROVITE ONE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
SUNVITE ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super aytinal 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super aytinal oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b complex maxi oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<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 multiple oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super multiple oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SUPER NU-THERA ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
SUPER NU-THERA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
SUPER QUINTS B-50 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>super thera vite m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super vita-mins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>superplex-t oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>support oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SUPPORT-500 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sv vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
TAB-A-VITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tab-a-vitel/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERA M PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thera vital m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>therabasic-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
THERA-D 2000 ORAL TABLET 50 MCG (2000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
THERA-D RAPID REPLETION ORAL TABLET 50 MCG (2000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
THERAGRAN-M ADVANCED 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERAGRAN-M ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERAGRAN-M ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERAGRAN-M PREMIER 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERAGRAN-M PREMIER ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thera-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
THERAMILL FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>therapeutic formula/hematinics oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>therapeutic multivit/mineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>therapeutic-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>therapeutic-m/lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thera-tabs m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thera-tabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
THERATRUM COMPLETE 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERATRUM COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>theravim-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
THEREMS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THEREMS-H ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THEREMS-M ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thiamine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thiamine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thiamine mononitrate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thrivite 19 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>total b/c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>triphrocaps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tropical liquid nutrition oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
UDAMIN SP ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ultra freeda oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ultra freedal/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRACHOICE ADV FORMULA MATURE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRACHOICE ADVANCED FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>unicomplex-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>v-c forte oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VENEXA FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VENEXA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VENTRIXYL FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VENTRIXYL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VIC-FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>virt-caps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VIRT-GARD ORAL TABLET 2.2-25-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vision formula 2 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vision formula eye health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vision formulallutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vision vitamins oral tablet</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>vita hair oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>vitabasic complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitabasic senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vita-beel/c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitabex plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitachew multiple vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAFOL ORAL TABLET	\$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 b-1 oral tablet 100 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 b12 tr oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b12-folic acid oral tablet 500-400 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, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-complex oral tablet</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 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c oral tablet 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-acerola oral tablet 500 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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 d (cholecalciferol) oral capsule 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 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)</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 125 mcg (5000 ut), 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), 400 unit, 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAMIN D-1000 MAX ST ORAL TABLET 25 MCG (1000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 complete oral tablet</i>	\$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 1.25 mg (50000 ut), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 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</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg, 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 super strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 ultra strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e blend oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e oral capsule 100 unit, 1000 unit, 200 unit, 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e water soluble oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e-200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e-400 oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin k1 injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamins acd-fluoride oral solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamins a-d-e/selenium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamins for hair oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>vitamins/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITASANA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitasure oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITATRUM COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitatrum oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitatrum oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRAMYN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRANOL FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRANOL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITREXATE FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITREXATE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITREXYL + IRON ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITREXYL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitrum 50+ senior multi oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRUM SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vp-vite rx oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
WEEKLY-D ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>wescaps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>westab max oral tablet 2.5-25-2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>westab mini oral tablet 2.2-25-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>westab one oral tablet 2.5-25-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>west-vite w/folic acid oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>womens 50+ advanced oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>womens daily form/falcalfe oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>womens daily formula oral tablet</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>womens multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>xvite oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
YELETS TEENAGE FORMULA ORAL TABLET	\$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
<i>zoo friends complete oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zyvana oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)	
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
BENZEFOAM EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
BENZEPRO EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
BENZEPRO SHORT CONTACT EXTERNAL FOAM 9.8 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<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 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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Dermatología, Agentes Para El Cuidado De Heridas		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 g cada 30 días); NDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0 (Nivel 2)	QL (180 g cada 30 días)
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	\$0 (Nivel 1)	
sterile water for irrigation irrigation solution	\$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Anestésicos Locales		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 ml cada 30 días)
lidocaine external ointment 5 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (50 g cada 30 días)
lidocaine external patch 5 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (3 parches cada 1 día)
lidocaine hcl external solution 4 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (50 ml cada 30 días)
lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 g cada 30 días)
Dermatología, Antibióticos		
bacitracin external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
bacitracin zinc-aloe external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
first aid antibiotic external ointment 3.5-400-5000 mg-unit	\$0 (Nivel 3)	DP
gentamicin sulfate external cream 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
gentamicin sulfate external ointment 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
gnp bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp triple antibiotic external ointment	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp triple antibiotic plus external ointment 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
hm bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
hm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000	\$0 (Nivel 3)	DP
hm triple antibiotic max st external ointment 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
medi-first triple antibiotic external ointment 5-400-5000 mg-unit	\$0 (Nivel 3)	DP
mupirocin external ointment 2 %	\$0 (Nivel 1)	QL (220 g cada 30 días)
px triple external ointment 3.5-400-5000	\$0 (Nivel 3)	DP
qc bacitracin external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
qc triple antibiotic max st external ointment 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
silver sulfadiazine external cream 1 %	\$0 (Nivel 1)	
sm antibiotic external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 3)	DP
sm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000	\$0 (Nivel 3)	DP
sm triple antibiotic max st external ointment 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
sm triple antibiotic original external ointment 3.5-400-5000	\$0 (Nivel 3)	DP
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	\$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
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 , 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>athletes foot spray external aerosol 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>butenafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CARRINGTON ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %	\$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 athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<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)
<i>cvs jock itch external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMAFUNGAL EXTERNAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
DESENEX EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
FUNGOID TINCTURE EXTERNAL SOLUTION 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp miconazorb af external powder 2 %</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)
LAMISIL AT EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>miconazole antifungal external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>miconazole nitrate external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MICOTRIN AC EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MICOTRIN AP EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MYCOZYL AC EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MYCOZYL AP EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<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>px athletic foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc tolinaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REMEDY ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REMEDY PHYTOPLEX ANTIFUNGAL EXTERNAL POWDER 2 %	\$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 tolinaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SOOTHE & COOL INZO ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>terbinafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt antifungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tgt antifungal spray powder external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TING EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tolinaftate antifungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tolinaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tolinaftate external powder 1 %</i>	\$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 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)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Dermatología, Antiseborreicos		
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Corticosteroides		
<i>ala-cort external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (50 ml cada 30 días)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 g cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118,28 ml cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 ml cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118,28 ml cada 30 días)
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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)	
<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 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.1 %</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>hm lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm lice treatment external liquid 1 %</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)
NIX CREME RINSE EXTERNAL LIQUID 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
AQUA GLYCOLIC FACE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>arthritis pain relieving external cream 0.075 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BANOPHEN EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
BASLE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzoin external tincture</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>beta care external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BETA XMA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
BETADINE EXTERNAL SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días); NDS
<i>calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calamine phenolated external lotion</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calamine-zinc oxide external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CALMOSEPTINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>capsaicin external cream 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>capsaicin pain relief external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CAPZASIN-HP EXTERNAL CREAM 0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
CERAVE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
CERAVE MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
CERAVE SA ROUGH & BUMPY SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
CETAPHIL MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
CLORPACTIN POWDER 2 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coconut oil beauty external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs moisturizing extra dry external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMABASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
DIABETIDERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
DIABETIDERM FOOT REJUVENATING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1000 g cada 30 días)
<i>diphenhydramine-zinc acetate external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DML FORTE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
DYNA-HEX 4 EXTERNAL SOLUTION 4 %	\$0 (Nivel 3)	DP
EMOLLIA-CREME EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>eq therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN ADVANCED REPAIR HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN CALMING DAILY MOIST EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN PLUS EXTERNAL CREAM 2.5-10 %	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN SKIN CALMING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>first aid antiseptic external ointment 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (40 g cada 30 días)
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10 ml cada 30 días)
<i>gnp anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp capsaicin external liquid 0.15 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GOLD BOND ULTIMATE HEALING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm lidocaine patch external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HYDRASYN25 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 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
LACTINOL HX EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>leader finger cream external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lidocaine pain relieving external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MEDPURA ZINC OXIDE EXTERNAL OINTMENT 20 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (59 ml cada 30 días)
<i>moisturizing cream external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEUTROGENA HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NIVEA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
NIVEA SOFT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
NUTRADERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días); NDS
PEN-KERA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PENTRAVAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PENTRAVAN PLUS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (7 ml cada 28 días)
<i>povidone-iodine external ointment 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PRETTY FEET/HANDS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>px calamine external lotion</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc calamine external lotion</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc povidone iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	\$0 (Nivel 2)	QL (30 g cada 30 días)
RISABAL-PH EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
RISAMINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.625 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm benzoin tincture external tincture</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calamine external lotion</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calamine phenolated external lotion</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SORBOLENE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (100 g cada 30 días)
<i>therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 g cada 30 días); NDS
VANICREAM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
VELVACHOL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
XERAC AC EXTERNAL SOLUTION 6.25 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ZOSTRIX HP EXTERNAL CREAM 0.075 %, 0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF EXTERNAL CREAM 0.033 %	\$0 (Nivel 3)	DP
Óticos		
DEBROX OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ear drops earwax aid otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>earwax removal otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp earwax removal drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MURINE EAR OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

12 hour decongestant.....	100	adult aspirin regimen.....	33	allergy-time.....	94
12 hour nasal decongestant.....	100	adult one daily gummies.....	132	allopurinol.....	37
12 hour nasal spray.....	100	ADVAIR DISKUS.....	98	ALMACONE DOUBLE STRENGTH.....	71
1st base.....	55	ADVAIR HFA.....	98	alosetron hcl.....	74
24hr allergy relief.....	93	ADVANCED MULTI EA.....	132	ALPHAGAN P.....	88
3 day vaginal.....	82	ADVANTAGE CARE.....		alprazolam.....	109
4-WAY FAST ACTING.....	100	ELECTROLYTE PED.....	125	ALREX.....	90
50+ adult eye health.....	132	ADVIL JUNIOR STRENGTH.....	30	ALTAVERA.....	58
8 hour arthritis pain reliever.....	33	AFIRMELLE.....	58	alum & mag hydroxide-simeth.....	71
8 hr arthritis pain relief.....	33	AIMOVIG.....	120	alumina-magnesia-simethicone.....	71
8hr muscle aches & pain.....	33	AIRBORNE.....	132	aluminum hydroxide gel.....	71
a thru z advanced.....	132	AIRBORNE GUMMIES.....	132	ALUNBRIG.....	16
a thru z high potency.....	132	AIRBORNE KIDS.....	132	alyacen 1/35.....	58
a thru z select.....	132	AIRBORNE+GOOD REST.....	132	alyacen 7/7/7.....	58
a thru z select 50+ advanced.....	132	AIRBORNE+NATURAL ENERGY.....	132	AMABELZ.....	68
a thru z select 50+ mens.....	132	AIRBORNE+PROBIOTIC.....	132	amantadine hcl.....	107
a thru z select advanced.....	132	ala-cort.....	165	ambrisentan.....	54
a thru z select ultimate women.....	132	ALAVERT.....	93	AMETHIA.....	58
a thru z ultimate mens.....	132	ALAVERT ALLERGY/SINUS.....	100	amikacin sulfate.....	41
a-10000.....	132	albendazole.....	41	amiloride hcl.....	52
abacavir sulfate.....	37	albuterol sulfate.....	97	amiloride-hydrochlorothiazide.....	52
abacavir sulfate-lamivudine.....	39	albuterol sulfate hfa.....	97	amiodarone hcl.....	48
abc complete senior womens 50+.....	132	alclometasone dipropionate.....	165	amitriptyline hcl.....	113
abc plus.....	132	ALDURAZyme.....	67	AMLADEX.....	133
ABC PLUS SENIOR ADULTS 50+.....	132	ALECENSA.....	16	amlodipine besy-benazepril hcl.....	52
ABELCET.....	40	alendronate sodium.....	70	amlodipine besylate.....	50
ABILIFY MAINTENA.....	115	aler-cap.....	93	amlodipine besylate-valsartan.....	51
abiraterone acetate.....	15	alfuzosin hcl er.....	83	amlodipine-olmesartan.....	51
ABRYSVO.....	27	algae based calcium.....	132	ammonium lactate.....	166
acamprosate calcium.....	120	aliskiren fumarate.....	53	AMNESTEEM.....	161
acarbose.....	65	ALIVE ULTRA POTENCY.....		amoxapine.....	113
ACCUTANE.....	161	WOMENS 50+.....	133	amoxicillin.....	46
acebutolol hcl.....	50	ALIVE WOMENS 50+.....	133	amoxicillin-pot clavulanate.....	46, 47
acerola c-500.....	132	ALIVE WOMENS ENERGY.....	133	amoxicillin-pot clavulanate er.....	46
acetaminophen.....	33	ALIVE WOMENS GUMMY.....	133	amphetamine-dextroamphet er.....	118
acetaminophen 8 hour.....	33	all day allergy.....	93	amphetamine-dextroamphetamine.....	118
acetaminophen childrens.....	33	all day allergy childrens.....	93	amphotericin b.....	40
acetaminophen er.....	33	all day allergy d.....	100	amphotericin b liposome.....	40
acetaminophen extra strength.....	33	all day allergy-d.....	100	ampicillin.....	47
acetaminophen infants.....	33	ALLBEE/C.....	133	ampicillin sodium.....	47
acetaminophen-codeine.....	31, 32	all-day allergy childrens.....	93	ampicillin-sulbactam sodium.....	47
acetazolamide.....	52	aller-chlor.....	93	anagrelide hcl.....	84
acetazolamide er.....	52	aller-ease.....	93	anastrozole.....	15
acetic acid.....	83, 93	allergy.....	93	animal chews.....	133
acetylcysteine.....	98	allergy (cetirizine).....	93	ANIMAL SHAPES.....	133
acitretin.....	164	allergy 24-hr.....	93	animal shapes/iron.....	133
ACTHIB.....	27	allergy childrens.....	93	ANIMI-3.....	133
actical.....	132	allergy rel child (loratadine).....	93	ANORO ELLIPTA.....	97
ACTIMMUNE.....	26	allergy relief.....	94	antacid.....	71
active fe.....	85	allergy relief (loratadine).....	94	antacid anti-gas max strength.....	71
acyclovir.....	43	allergy relief cetirizine.....	94	antacid anti-gas reg strength.....	71
acyclovir sodium.....	43	allergy relief childrens.....	94	antacid maximum strength.....	71
ADACEL.....	27	allergy relief d.....	100	antacid plus anti-gas relief.....	71
adapalene.....	161	allergy relief d-12.....	100	antacid regular strength.....	71
adefovir dipivoxil.....	43	allergy relief d-24.....	100	antacid/antigas.....	71
ADEK GUMMIES PLUS ZN.....	132	allergy relief indoor/outdoor.....	94	antacid/anti-gas.....	71
ADEMPAS.....	54	allergy relief nasal decongest.....	100	anti-diarrheal.....	72, 73
ADIPEX-P.....	120	allergy relief-d.....	100	antifungal.....	163
ADRENALIN.....	53	allergy/congestion relief.....	100	anti-fungal.....	163

<i>antifungal (clotrimazole)</i>	163	AUSTEDO.....	118, 119	BENDEKA.....	15
<i>antifungal (tolnaftate)</i>	163	AUSTEDO XR.....	119	BENLYSTA.....	27
<i>antifungal clotrimazole</i>	163	AUSTEDO XR PATIENT		BENZEDREX.....	101
<i>anti-itch</i>	167	TITRATION.....	119	BENZEFOAM.....	161
<i>antioxidant</i>	133	AUVELITY.....	113	BENZEPRO.....	161
<i>anti-oxidant</i>	133	AVIANE.....	58	BENZEPRO SHORT CONTACT ...	161
<i>antioxidant a/c/e/selenium</i>	133	AYUNA.....	58	<i>benzoin</i>	167
<i>antioxidant formula</i>	133	AYVAKIT.....	16	<i>benzonatate</i>	101
<i>antiseptic skin cleanser</i>	167	<i>az cream</i>	55	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	161
APHEN.....	33	azacitidine.....	22	<i>benzphetamine hcl</i>	120
<i>aprepitant</i>	73	azathioprine.....	27	<i>benztropine mesylate</i>	107
APRI.....	58	azelastine hcl.....	88, 94	BERINERT.....	84
APTIOM.....	109	azithromycin.....	45	BESIVANCE.....	89
APTIVUS.....	37	AZO HORMONAL HEALTH		BESREMI.....	23
AQUA GLYCOLIC FACE.....	167	CYCLE CARE.....	133	<i>beta care</i>	167
AQUADEKS.....	133	AZO HORMONAL HEALTH		BETA XMA.....	167
<i>aqueous vitamin d</i>	133	HAPPY CYCL.....	133	BETADINE.....	167
ARALAST NP.....	98	<i>aztreonam</i>	41	<i>betaine</i>	67
ARANELLE.....	58	AZURETTE.....	58	<i>betamethasone dipropionate</i>	165
ARBEM H-COSMETIC.....	55	<i>b complex</i>	133	<i>betamethasone dipropionate aug</i> ..	165
ARBEM LIOPEN.....	55	<i>b complex (folic acid)</i>	133	<i>betamethasone valerate</i>	165
ARCALYST.....	26	<i>b complex vitamins</i>	133	BETASERON.....	108
AREXVY.....	27	<i>b complex-b12</i>	133	<i>betaxolol hcl</i>	50, 88
<i>aripiprazole</i>	115	<i>b complex-c</i>	133	<i>bethanechol chloride</i>	83
ARISTADA.....	115	<i>b complex-c-folic acid</i>	133	BETOPTIC-S.....	88
ARISTADA INITIO.....	115	<i>b-1</i>	133	<i>better b complex</i>	134
<i>armodafinil</i>	120	<i>b-12</i>	133	BEVESPI AEROSPHERE.....	97
ARNUITY ELLIPTA.....	99	<i>b-12 tr</i>	133	<i>bexarotene</i>	23, 167
<i>arthritis pain relief</i>	33	<i>b-6</i>	133	BEXSERO.....	28
<i>arthritis pain relieving</i>	167	<i>b6 natural</i>	133	<i>bicalutamide</i>	15
<i>artificial tears</i>	90	<i>bacitracin</i>	89, 162	BICILLIN L-A.....	47
<i>ascorbic acid</i>	133	<i>bacitracin zinc</i>	162	BIKTARVY.....	39
<i>asenapine maleate</i>	115	<i>bacitracin zinc-aloe</i>	162	BIO-35 GLUTEN-FREE.....	134
ASHLYNA.....	58	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	89	<i>biocal</i>	134
<i>aspirin</i>	33	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	88	BIOLYTE.....	125
<i>aspirin adult low strength</i>	33	<i>baclofen</i>	108	<i>biosupp</i>	134
<i>aspirin ec adult low strength</i>	33	BACMIN.....	133	BIOTECT PLUS.....	134
<i>aspirin ec low strength</i>	33	BAFIERTAM.....	108	<i>biotin</i>	134
<i>aspirin low dose</i>	33	<i>balance b-50</i>	134	<i>biotin 5000</i>	134
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	87	<i>balsalazide disodium</i>	76	<i>biotin maximum strength</i>	134
ASSURE ID INSULIN SAFETY		BALVERSA.....	16	<i>biotin plus/calcium/vit d3</i>	134
SYR.....	63	BALZIVA.....	58	<i>bisacodyl</i>	77
<i>atazanavir sulfate</i>	37	BANOPHEN.....	94, 167	<i>bisacodyl ec</i>	77
<i>atenolol</i>	50	BARACLUDE.....	43	<i>bisacodyl laxative</i>	77
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	51	<i>bariatric multivitamins/iron</i>	134	<i>bismatrol</i>	73
<i>athletes foot (clotrimazole)</i>	163	BASAGLAR KWIKPEN.....	63	<i>bismuth</i>	73
<i>athletes foot (terbinafine)</i>	163	BASE PCCA CLARIFYING.....	55	<i>bismuth subsalicylate</i>	73
<i>athletes foot powder spray</i>	163	BASLE.....	167	<i>bisoprolol fumarate</i>	50
<i>athletes foot spray</i>	163	BAYER ASPIRIN.....	33, 34	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	51
<i>atomoxetine hcl</i>	118	BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE ...	33	BIVIGAM.....	26
<i>atorvastatin calcium</i>	49	<i>bcg vaccine</i>	27	BLISOVI 24 FE.....	58
<i>atovaquone</i>	41	<i>b-complex (folic acid)</i>	134	BLISOVI FE 1.5/30.....	58
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	43	<i>b-complex balanced</i>	134	<i>body/hair/skin/nails</i>	134
<i>atropine sulfate</i>	90	<i>b-complex/b-12</i>	134	BOOSTRIX.....	28
ATROVENT HFA.....	93	<i>b-complex/vitamin c</i>	134	<i>bortezomib</i>	16
AUBRA EQ.....	58	<i>b-complex-c</i>	134	<i>bosentan</i>	54
AUROVELA 1/20.....	58	<i>b-complex-c (w/folic acid)</i>	134	BOSULIF.....	16
AUROVELA 24 FE.....	58	BELSOMRA.....	119	<i>bp vit 3</i>	134
AUROVELA FE 1.5/30.....	58	<i>benazepril hcl</i>	54	BPROTECTED MULTI-VITE.....	134
AUROVELA FE 1/20.....	58	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	52	BPROTECTED PEDIA D-VITE.....	134

BPROTECTED PEDIA POLY-			
VITE/FE	134	<i>calcium 600 + d</i>	127
BRAFTOVI	16	<i>calcium 600 high potency</i>	127
BREO ELLIPTA	98	<i>calcium 600/vitamin d</i>	127
BREZTRI AEROSPHERE	97	<i>calcium 600+d</i>	127
<i>brillyn</i>	58	<i>calcium 600+d high potency</i>	127
BRILINTA	87	<i>calcium 600+d3</i>	127
<i>brimonidine tartrate</i>	88	<i>calcium 600-d</i>	127
<i>brinzolamide</i>	88	<i>calcium acetate</i>	56
BRIVIACT	109	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	56
<i>bromocriptine mesylate</i>	107	<i>calcium carb-cholecalciferol</i>	127
BROMSITE	90	<i>calcium carbonate</i>	127
BRUKINSA	16	<i>calcium carbonate antacid</i>	71
<i>budesonide</i>	76, 99	<i>calcium citrate</i>	127
<i>budesonide er</i>	76	<i>calcium citrate + d3</i>	127
<i>bumetanide</i>	52	<i>calcium citrate + d3 maximum</i>	127
<i>buprenorphine</i>	31	<i>calcium citrate +d</i>	127
<i>buprenorphine hcl</i>	121	<i>calcium citrate+d3</i>	127
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	121	<i>calcium citrate+d3 petites</i>	127
<i>bupropion hcl</i>	113	<i>calcium citrate-vitamin d</i>	127
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	121	<i>calcium citrate-vitamin d3</i>	128
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	113	<i>calcium extra d3</i>	128
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	113	<i>calcium high potency</i>	128
<i>buspirone hcl</i>	109	<i>calcium high potency/vitamin d</i>	128
<i>butenafine hcl</i>	163	<i>calcium oyster shell</i>	128
<i>butorphanol tartrate</i>	32	<i>calcium plus vitamin d</i>	128
BYDUREON BCISE	65	<i>calcium+d3</i>	128
BYETTA 10 MCG PEN	65	<i>calcium-magnesium-zinc</i>	128
BYETTA 5 MCG PEN	65	<i>calcium-vitamin d3</i>	128
<i>c 1000</i>	134	CALMOSEPTINE	167
<i>c 500</i>	134	CALQUENCE	16
<i>c-1000</i>	134	CAMILA	58
<i>c-1000/rose hips</i>	134	CAMRESE	58
<i>c-250</i>	134	CAMRESE LO	58
<i>c-500</i>	134	<i>candesartan cilexetil</i>	48
<i>c-500/rose hips</i>	134	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	51, 52
<i>cabergoline</i>	67	<i>capcof</i>	101
CABOMETYX	16	CAPLYTA	115
<i>calamine</i>	167	CAPRELSA	16
<i>calamine phenolated</i>	167	<i>capsaicin</i>	167
<i>calamine-zinc oxide</i>	167	<i>capsaicin pain relief</i>	167
CALCI-CHEW	126	<i>captopril</i>	54
CALCIDOL	134	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	52
<i>calcipotriene</i>	164	CAPZASIN-HP	167
<i>calcitonin (salmon)</i>	70	<i>carbamazepine</i>	109
CALCITRATE	126	<i>carbamazepine er</i>	109
CALCITRENE	164	<i>carbidopa-levodopa</i>	107
<i>calcitriol</i>	57	<i>carbidopa-levodopa er</i>	107
<i>calcium</i>	128	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	108
<i>calcium + d</i>	126	<i>carboplatin</i>	15
<i>calcium + vitamin d3</i>	126	<i>carboxymethylcellulose sod pf</i>	90
<i>calcium 500 + d</i>	127	<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	90
<i>calcium 500 + d3</i>	127	CARDIOTEK RX	134
<i>calcium 500 +d</i>	127	<i>carglumic acid</i>	67
<i>calcium 500/d</i>	127	<i>carisoprodol</i>	108
<i>calcium 500/vitamin d</i>	127	CARRINGTON ANTIFUNGAL	163
<i>calcium 500+d</i>	127	<i>carteolol hcl</i>	88
<i>calcium 500+d high potency</i>	127	CARTIA XT	50
<i>calcium 500+d3</i>	127	<i>carvedilol</i>	50
<i>calcium 600</i>	127	<i>caspofungin acetate</i>	40
		<i>castellani paint modified</i>	163
		CAYSTON	41
		<i>c-chewable</i>	134
		<i>cefaclor</i>	44
		<i>cefaclor er</i>	44
		<i>cefadroxil</i>	44
		<i>cefazolin sodium</i>	44
		<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	44
		<i>cefdinir</i>	44
		<i>cefepime hcl</i>	44
		<i>cefixime</i>	44
		<i>cefoxitin sodium</i>	45
		<i>cefpodoxime proxetil</i>	45
		<i>cefprozil</i>	45
		<i>ceftazidime</i>	45
		<i>ceftriaxone sodium</i>	45
		<i>cefuroxime axetil</i>	45
		<i>cefuroxime sodium</i>	45
		<i>celecoxib</i>	30
		CELONTIN	109
		<i>centavite a-z complete-mineral</i>	135
		CENTRATEX	85
		<i>centravites</i>	135
		<i>centravites 50 plus</i>	135
		<i>centravites adults</i>	135
		CENTRUM	135
		CENTRUM ADULTS	135
		CENTRUM CARDIO	135
		CENTRUM FLAVOR BURST	
		ADULT	135
		CENTRUM FLAVOR BURST KIDS	
			135
		CENTRUM FRESH/FRUITY 50+	135
		CENTRUM FRESH/FRUITY	
		ADULT	135
		CENTRUM KIDS	135
		CENTRUM MEN	135
		CENTRUM MULTIGUMMIES	135
		CENTRUM SILVER	135
		CENTRUM SILVER 50+MEN	135
		CENTRUM SILVER 50+WOMEN	135
		CENTRUM SILVER ADULT 50+	135
		CENTRUM SILVER ULTRA	
		WOMENS	135
		CENTRUM SPECIALIST HEART	135
		CENTRUM SPECIALIST VISION	135
		CENTRUM ULTRA WOMENS	135
		CENTRUM WOMEN	135
		<i>century</i>	135
		<i>century mature</i>	135
		<i>cephalexin</i>	45
		CERALYTE 70	125
		CERASPORT	126
		CERASPORT EX1	126
		CERAVE	167
		CERAVE MOISTURIZING	167
		CERAVE SA ROUGH & BUMPY	
		SKIN	167
		CERDELGA	67
		CEREFOLIN	135
		CEREZYME	67

CEROVITE ADVANCED FORMULA.....	135	<i>citrus calcium/vitamin d</i>	128	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	16
CEROVITE JR.....	135	CLARAVIS.....	161	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	16
CEROVITE SENIOR.....	135	<i>clarithromycin</i>	45	COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE.....	63
<i>certa plus</i>	135	<i>clarithromycin er</i>	45	<i>companion</i>	136
CERTA-VITE.....	135	<i>classic prenatal</i>	136	COMPETE.....	136
CERTAVITE SENIOR.....	135	CLEAR EYES NATURAL TEARS.....	90	COMPLERA.....	39
CERTAVITE SENIOR/ANTIOXIDANT.....	136	CLEARLAX.....	77	<i>complete</i>	136
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS.....	136	<i>clindamycin hcl</i>	41	<i>complete allergy medicine</i>	94
CETAPHIL MOISTURIZING.....	167	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	41	<i>complete allergy relief</i>	94
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND.....	167	<i>clindamycin phosphate</i>	41, 82, 161	<i>complete multivitamin/mineral</i>	136
<i>cetirizine hcl</i>	94	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	41	<i>complete senior</i>	136
<i>cetirizine hcl allergy child</i>	94	<i>clindamycin phosphate in nacl</i>	41	COMPRO.....	74
<i>cetirizine hcl childrens</i>	94	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10).....	131	<i>constulose</i>	77
<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	94	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	131	COPIKTRA.....	16
<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	101	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	131	<i>coq10</i>	123
<i>cevimeline hcl</i>	161	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	131	<i>coq-10</i>	123
<i>charcoal</i>	67	<i>clini mix/dextrose (6/5)</i>	131	CORLANOR.....	53
CHATEAL.....	58	<i>clini mix/dextrose (8/10)</i>	131	CORVITA.....	136
CHEMET.....	57	<i>clini mix/dextrose (8/14)</i>	131	CORVITA 150.....	85
<i>chest congestion relief</i>	101	CLINISOL SF.....	131	CORVITE 150.....	85
<i>chest congestion relief dm</i>	101	CLINOLIPID.....	131	<i>corvite fe</i>	85
<i>chewable vite childrens</i>	136	<i>clobazam</i>	109	COTELLIC.....	17
<i>childrens acetaminophen</i>	34	<i>clobetasol propionate</i>	165	<i>cough dm</i>	101
CHILDRENS ADVIL.....	30	<i>clobetasol propionate e</i>	165	<i>cough dm childrens</i>	101
<i>childrens animal shapes</i>	136	<i>clomipramine hcl</i>	114	<i>cough/chest congestion dm</i>	101
<i>childrens apap</i>	34	<i>clonazepam</i>	109	<i>cream base</i>	55
<i>childrens chew multivitamin</i>	136	<i>clonidine</i>	53	CREON.....	76
<i>childrens chewable multi vits</i>	136	<i>clonidine hcl</i>	53	<i>cromolyn sodium</i>	74, 88, 98
<i>childrens chewable vitamins</i>	136	<i>clopidogrel bisulfate</i>	87	CRYSSELLE-28.....	58
<i>childrens gummies</i>	136	<i>clorazepate dipotassium</i>	109	CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV.....	136
<i>childrens ibuprofen</i>	30	CLORPACTIN.....	167	<i>cupric chloride</i>	131
<i>childrens loratadine</i>	94	<i>clotrimazole</i>	82, 161, 163	CVS AIRSHIELD.....	136
<i>childrens multivitamin</i>	136	<i>clotrimazole 3</i>	82	CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT.....	136
<i>childrens silapap</i>	34	<i>clotrimazole anti-fungal</i>	163	<i>cvs b complex plus c</i>	136
<i>chlorhexidine gluconate</i>	161	<i>clotrimazole athletes foot</i>	163	<i>cvs b-1</i>	136
<i>chlorhist</i>	94	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	163	<i>cvs b6</i>	136
<i>chloroquine phosphate</i>	43	<i>clozapine</i>	115, 116	<i>cvs biotin</i>	136
<i>chlorpheniramine maleate</i>	94	<i>co q 10</i>	123	<i>cvs calcium carbonate</i>	128
<i>chlorpromazine hcl</i>	115	<i>co q10</i>	123	<i>cvs calcium citrate +d</i>	128
<i>chlorthalidone</i>	53	<i>co q-10</i>	123	<i>cvs calcium citrate +d3 mini</i>	128
<i>cholestyramine</i>	49	COARTEM.....	43	<i>cvs calcium citrate+d3</i>	128
<i>cholestyramine light</i>	49	<i>coconut oil beauty</i>	167	<i>cvs calcium citrate+d3 petites</i>	128
CHROMAGEN.....	85	<i>cod liver oil</i>	136	<i>cvs chewable c with rose hips</i>	136
<i>chromic chloride</i>	131	<i>coditussin ac</i>	101	<i>cvs chewable childrens vitamin</i>	136
<i>ciclopirox olamine</i>	163	<i>coditussin dac</i>	101	<i>cvs childrens complete</i>	136
<i>cilostazol</i>	84	<i>coenzyme q10</i>	123	<i>cvs coenzyme q-10</i>	123
CILOXAN.....	89	<i>coenzyme q-10</i>	123	<i>cvs cough dm</i>	101
CIMDUO.....	39	<i>co-enzyme q10</i>	123	<i>cvs d3</i>	136
<i>cinacalcet hcl</i>	67	COLACE.....	77	<i>cvs daily gummies</i>	136
CIPRO.....	46	COLACE 2-IN-1.....	77	<i>cvs daily gummies adult</i>	136
<i>ciprofloxacin hcl</i>	46, 89	<i>colchicine</i>	37	<i>cvs daily multiple for men</i>	136
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	46	<i>colchicine-probenecid</i>	37	<i>cvs daily multiple for women</i>	136
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	93	<i>colesevelam hcl</i>	49	<i>cvs daily multiple women 50+</i>	136
<i>cisplatin</i>	15	<i>colestipol hcl</i>	49	<i>cvs e</i>	136
<i>citalopram hydrobromide</i>	114	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	41	<i>cvs electrolyte solution</i>	126
CITRACAL MAXIMUM.....	128	COMBIGAN.....	88	<i>cvs eye health & lutein</i>	137
CITRACAL PETITES/VITAMIN D..	128	COMBIVENT RESPIMAT.....	97		
<i>citrus calcium +d</i>	128	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	16		

<i>cvs eye health adult 50+</i>	137	<i>d 1000</i>	138	<i>delta d3</i>	139
<i>cvs folic acid</i>	137	<i>d 10000</i>	138	DENGVAZIA.....	28
<i>cvs gauze sterile</i>	63	<i>d 2000</i>	138	DEPO-TESTOSTERONE.....	57
<i>cvs glucose</i>	56	<i>d 400</i>	138	DERMABASE.....	167
<i>cvs gummy dinos</i>	137	<i>d 5000</i>	138	DERMACINRX FOLTAMIN.....	139
<i>cvs gummy multivitamin kids</i>	137	<i>d-1000 extra strength</i>	138	DERMACINRX RIBOTIN-E.....	139
<i>cvs iron</i>	85	<i>d2000 ultra strength</i>	138	DERMACINRX ZINTREXYL-C.....	139
<i>cvs jock itch</i>	163	<i>d3</i>	138	DERMAFUNGAL.....	163
CVS KETONE CARE.....	67	<i>d3 high potency</i>	138	DESCOVY.....	39
<i>cvs lice treatment</i>	166	<i>d3 maximum strength</i>	138	DESENEK.....	163
<i>cvs magnesium</i>	128	<i>d3 super strength</i>	138	<i>desipramine hcl</i>	114
<i>cvs magnesium oxide</i>	128	<i>d3 vitamin</i>	138	<i>desmopressin ace spray refig</i>	67
<i>cvs mens daily gummies</i>	137	<i>d3-1000</i>	138	<i>desmopressin acetate</i>	67
<i>cvs moisturizing</i>	167	<i>d-3-5</i>	138	<i>desmopressin acetate pf</i>	67
<i>cvs moisturizing extra dry</i>	167	D3-50.....	138	<i>desmopressin acetate spray</i>	67
<i>cvs one daily essential</i>	137	<i>d-400</i>	138	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	58
<i>cvs one daily mens 50+ adv</i>	137	<i>d-5000</i>	138	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	114
<i>cvs one daily mens formula</i>	137	<i>daily multi</i>	138	<i>dexamethasone</i>	69
<i>cvs one daily womens 50+ adv</i>	137	<i>daily multiple vitamins</i>	138	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	69
<i>cvs one daily womens formula</i>	137	<i>daily multiple vitaminsliron</i>	138	<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>	69
<i>cvs oyster shell calcium+vit d</i>	128	<i>daily multivitamin</i>	138	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	69, 90
<i>cvs oyster shell calcium-vit d</i>	128	<i>daily value multivitamin</i>	138	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	118
<i>cvs ped electrolyte freeze pop</i>	126	<i>daily vitamin</i>	138	<i>dextromethorphan hbr</i>	101
<i>cvs pediatric electrolyte</i>	126	<i>daily vitamin formula</i>	138	<i>dextromethorphan polistirex er</i>	101
<i>cvs pinworm treatment</i>	41	<i>daily vitamin formula+iron</i>	138	<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>	101
<i>cvs spectravite adult 50+</i>	137	<i>daily vitamin formula+minerals</i>	138	<i>dextrose</i>	131
<i>cvs spectravite adults</i>	137	<i>daily vitamins</i>	138	<i>dextrose 5%/electrolyte #48</i>	124
<i>cvs spectravite advanced</i>	137	<i>daily vite</i>	138	<i>dextrose in lactated ringers</i>	124
<i>cvs spectravite men</i>	137	<i>daily vite multivitaminliron</i>	138	<i>dextrose-nacl</i>	124
<i>cvs spectravite men 50+</i>	137	<i>daily vites</i>	138	<i>dextrose-sodium chloride</i>	124
<i>cvs spectravite senior</i>	137	<i>daily vitesliron</i>	138	<i>diabetes health formula</i>	139
<i>cvs spectravite ultra men 50+</i>	137	<i>daily-vite</i>	138	DIABETIC TUSSIN DM.....	101
<i>cvs spectravite ultra mens</i>	137	<i>daily-vite multivitamin</i>	138	DIABETIDERM.....	167
<i>cvs spectravite ultra women</i>	137	<i>daily-viteliron/beta-carotene</i>	138	DIABETIDERM FOOT	
<i>cvs spectravite women</i>	137	<i>dalfampridine er</i>	108	REJUVENATING.....	167
<i>cvs spectravite women 50+</i>	137	<i>danazol</i>	68	DIACOMIT.....	109, 110
<i>cvs spectravite womens senior</i>	137	<i>dantrolene sodium</i>	108	DIALYVITE.....	139
<i>cvs super b complex/c</i>	137	<i>dapsone</i>	41	DIALYVITE 3000.....	139
<i>cvs vision health</i>	137	DAPTACEL.....	28	DIALYVITE 5000.....	139
<i>cvs vitamin b12</i>	137	<i>daptomycin</i>	41	DIALYVITE 800.....	139
<i>cvs vitamin b-12</i>	137	<i>darunavir</i>	37	<i>dialyvite 800/ultra d</i>	139
<i>cvs vitamin c</i>	137	DASETTA 1/35.....	58	DIALYVITE 800/ZINC.....	139
<i>cvs vitamin c-rose hips</i>	137	DASETTA 7/7/7.....	58	DIALYVITE 800-ZINC 15.....	139
<i>cvs vitamin d3</i>	137	DAURISMO.....	17	DIALYVITE SUPREME D.....	139
<i>cvs vitamin e</i>	137	<i>dayavite</i>	138	DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	139
<i>cvs womens active daily</i>	137	DAYSEE.....	58	DIALYVITE/ZINC.....	139
<i>cvs womens daily gummies</i>	137	DAYVIGO.....	119	<i>diamode</i>	73
<i>cvs zinc gluconate</i>	128	DEBLITANE.....	58	<i>diazepam</i>	110
<i>cyanocobalamin</i>	137	DEBROX.....	170	DIAZEPAM INTENSOL.....	110
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	108	DECARA.....	139	<i>diazoxide</i>	57
<i>cyclophosphamide</i>	15	DECUBI-VITE.....	139	<i>diclofenac potassium</i>	30
<i>cycloserine</i>	39	<i>deferasirox</i>	57	<i>diclofenac sodium</i>	30, 90, 167
<i>cyclosporine</i>	27	<i>deferasirox granules</i>	57	<i>diclofenac sodium er</i>	30
<i>cyclosporine modified</i>	27	<i>dekas bariatric</i>	139	<i>dicloxacin sodium</i>	47
<i>cypheptadine hcl</i>	94	DEKAS PLUS.....	139	<i>dicyclomine hcl</i>	74
CYRED EQ.....	58	DEKAS PLUS OCEAN.....	139	<i>diethylpropion hcl</i>	121
CYSTADROPS.....	90	DELESTROGEN.....	68	<i>diethylpropion hcl er</i>	121
CYSTAGON.....	67	DELSTRIGO.....	39	DIFFERIN.....	161
CYSTARAN.....	90	DELSYM.....	101	DIFICID.....	45, 46
<i>cytarabine</i>	22	DELSYM COUGH CHILDRENS....	101		

<i>diflunisal</i>	30	<i>duloxetine hcl</i>	114	<i>enoxaparin sodium</i>	83
<i>difluprednate</i>	90	DUPIXENT.....	24	ENPRESSE-28.....	59
<i>digoxin</i>	53	<i>dutasteride</i>	83	ENSKYCE.....	59
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	120	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	83	ENSTILAR.....	165
DILANTIN.....	110	D-VI-SOL.....	139	<i>entacapone</i>	108
DILANTIN INFATABS.....	110	DYNA-HEX 4.....	167	<i>entecavir</i>	43
<i>diltiazem hcl</i>	51	<i>e 1000</i>	139	ENTRESTO.....	52
<i>diltiazem hcl er</i>	50	E.E.S. 400.....	46	<i>enulose</i>	77
<i>diltiazem hcl er beads</i>	50	<i>e200</i>	139	EPCLUSA.....	43
<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	50	<i>e-200</i>	139	EPIDIOLEX.....	110
<i>dilt-xr</i>	51	<i>e-400</i>	139	<i>epinephrine</i>	98
DINO-LIFE.....	139	<i>ear drops</i>	170	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	53
<i>diphen</i>	94	<i>ear drops earwax aid</i>	170	EPITOL.....	110
<i>diphenhist</i>	94	<i>earwax removal</i>	170	EPIVIR HBV.....	43
<i>diphenhydramine hcl</i>	94	<i>earwax removal kit</i>	170	<i>eplerenone</i>	48
<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	94	<i>ec-naproxen</i>	30	EPRONTIA.....	110
<i>diphenhydramine-zinc acetate</i>	167	ECOTRIN.....	34	<i>epsom salt</i>	77
<i>diphenoxylate-atropine</i>	74	ECOTRIN ARTHRTIS PAIN.....	34	<i>eq calcium 500+d</i>	128
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>	28	ECOTRIN LOW STRENGTH.....	34	<i>eq calcium citrate+d</i>	128
<i>dipyridamole</i>	87	<i>ed chlorped jr</i>	94	<i>eq complete multivit adult 50+</i>	140
<i>disney cars gummies</i>	139	<i>ed-a-hist dm</i>	101	<i>eq complete multivitamin child</i>	140
<i>disney princess gummies</i>	139	<i>ed-apap</i>	34	<i>eq complete multivitamin-adult</i>	140
<i>disopyramide phosphate</i>	48	EDURANT.....	37	<i>eq cough dm</i>	101
<i>disulfiram</i>	121	<i>efavirenz</i>	37	<i>eq lice killing max st</i>	166
<i>divalproex sodium</i>	110	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	39	<i>eq multivitamin gummies</i>	140
<i>divalproex sodium er</i>	110	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	39	<i>eq one daily mens 50+</i>	140
DML FORTE.....	167	ELDERTONIC.....	139	<i>eq one daily mens health</i>	140
<i>docetaxel</i>	23	ELFOLATE PLUS.....	139	<i>eq one daily womens health</i>	140
<i>docu</i>	77	ELIGARD.....	15	<i>eq therapeutic moisturizing</i>	168
DOCU LIQUID.....	77	ELINEST.....	59	<i>eq1 all day allergy</i>	94
<i>docusate calcium</i>	77	ELIQUIS.....	83	<i>eq1 allergy/congestion relief</i>	101
<i>docusate mini</i>	77	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	83	<i>eq1 antacid/anti-gas</i>	71
<i>docusate sodium</i>	77	ELLECE.....	22	<i>eq1 b complex 50</i>	140
DOCUSOL MINI.....	77	ELURYNG.....	59	<i>eq1 b-6</i>	140
DOCUSOL PLUS MINI-ENEMA.....	77	EMCYT.....	15	<i>eq1 calcium citrate/vitamin d</i>	128
<i>dofetilide</i>	48	EMERGEN-C VITAMIN C.....	139	<i>eq1 calcium citrate/vitamin d3</i>	128
DOK.....	77	EMOLLIA-CREME.....	167	<i>eq1 calcium/vitamin d</i>	128
<i>donepezil hcl</i>	113	<i>emollient base</i>	55	<i>eq1 century</i>	140
DOPTelet.....	84	EMOQUETTE.....	59	<i>eq1 century mature</i>	140
<i>dorzolamide hcl</i>	88	EMSAM.....	114	<i>eq1 century mature adults 50+</i>	140
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	88	<i>emtricitabine</i>	37	<i>eq1 century mens</i>	140
DOTTI.....	68	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	39	<i>eq1 child multivit/minerals</i>	140
DOVATO.....	39	EMTRIVA.....	37	<i>eq1 coq10</i>	123
<i>doxazosin mesylate</i>	48	EMVERM.....	41	<i>eq1 iron supplement therapy</i>	85
<i>doxepin hcl</i>	114, 119	<i>enalapril maleate</i>	54	<i>eq1 one daily mens 50+ advance</i> ... 140	
<i>doxorubicin hcl</i>	22	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	52	<i>eq1 one daily mens health</i>	140
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	22	ENBREL.....	24	<i>eq1 one daily womens 50+ adv</i>	140
DOXY 100.....	47	ENBREL MINI.....	24	<i>eq1 slow release iron</i>	85
<i>doxycycline hyclate</i>	47, 48	ENBREL SURECLICK.....	24	<i>eq1 super b complex/vitamin c</i>	140
<i>doxycycline monohydrate</i>	48	ENDARI.....	84	<i>eq1 vision formula</i>	140
DRISDOL.....	139	ENDOCET.....	32	<i>eq1 vitamin b-12</i>	140
DRIZALMA SPRINKLE.....	114	ENDUR-ACIN.....	140	<i>eq1 vitamin b-12 tr</i>	140
<i>dronabinol</i>	74	ENDUR-C.....	140	<i>eq1 vitamin c</i>	140
<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	58	<i>enema</i>	77	<i>eq1 vitamin c/rose hips</i>	140
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	58	<i>enema ready-to-use</i>	77	<i>eq1 vitamin d3</i>	140
DROXIA.....	84	ENEMEEZ MINI.....	77	<i>eq1 vitamin e</i>	140
<i>droxidopa</i>	53	ENEMEEZ PLUS.....	77	<i>ergocalciferol</i>	140
DRY EYE FORMULA.....	139	ENFAMIL ENFALYTE.....	126	<i>ergotamine-caffeine</i>	120
<i>dry eye relief drops</i>	90	ENERGIX-B.....	28	ERIVEDGE.....	17
dss.....	77	ENILLORING.....	59	ERLEADA.....	15

<i>erlotinib hcl</i>	17	FANAPT.....	116	FLINTSTONES GUMMIES	
ERRIN.....	59	FANAPT TITRATION PACK.....	116	COMPLETE.....	141
<i>ertapenem sodium</i>	41	FARXIGA.....	65	FLINTSTONES GUMMIES PLUS.....	141
<i>ery</i>	161	FASENRA.....	98	FLINTSTONES PLUS CALCIUM.....	141
ERY-TAB.....	46	FASENRA PEN.....	98	FLINTSTONES SOUR GUMMIES.....	141
ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	46	<i>felbamate</i>	110	FLINTSTONES W/IRON.....	141
ERYTHROCIN STEARATE.....	46	<i>felodipine er</i>	51	FLINTSTONES/MY FIRST.....	141
<i>erythromycin</i>	46, 89, 161	FEMYNOR.....	59	FLORIVA PLUS.....	141
<i>erythromycin base</i>	46	<i>fenofibrate</i>	49	FLOVENT DISKUS.....	99, 100
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	46	<i>fenofibrate micronized</i>	49	FLOVENT HFA.....	100
<i>erythromycin lactobionate</i>	46	<i>fentanyl</i>	31	<i>fluconazole</i>	40
<i>escitalopram oxalate</i>	114	<i>fentanyl citrate</i>	32	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	40
<i>esomeprazole magnesium</i>	77	FERAHEME.....	85	<i>flucytosine</i>	40
ESSENTIA.....	140	FERATE.....	85	<i>fludrocortisone acetate</i>	69
<i>essential balance</i>	140	FERGON.....	85	<i>flunisolide</i>	99
ESTARYLLA.....	59	FERIVA 21/7.....	85	<i>fluocinolone acetonide</i>	93, 165
ESTER-C.....	140	FERIVAF A.....	85	<i>fluocinolone acetonide body</i>	165
<i>estradiol</i>	68, 69	<i>ferocon</i>	85	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	165
<i>estradiol valerate</i>	69	FEROSUL.....	85	<i>fluocinonide</i>	165
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	69	FERRALET 90.....	85	<i>fluocinonide emulsified base</i>	165
ESTROVEN MENOPAUSE		<i>ferretts</i>	85	<i>fluorometholone</i>	90
SUPPLEMENT.....	140	FERREX 150.....	85	<i>fluorouracil</i>	22, 168
<i>eszopiclone</i>	119	<i>ferric x-150</i>	85	<i>fluoxetine hcl</i>	114
<i>ethambutol hcl</i>	39	FERRLECIT.....	85	<i>fluphenazine decanoate</i>	116
<i>ethosuximide</i>	110	<i>ferrous fumarate</i>	85	<i>fluphenazine hcl</i>	116
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	59	<i>ferrous gluconate</i>	85	<i>flurbiprofen</i>	30
<i>etodolac</i>	30	<i>ferrous sulfate</i>	86	<i>flurbiprofen sodium</i>	90
<i>etodolac er</i>	30	<i>fesoterodine fumarate er</i>	82	<i>fluticasone propionate</i>	99, 165
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	59	FETZIMA.....	114	<i>fluvoxamine maleate</i>	109
<i>etoposide</i>	23	FETZIMA TITRATION.....	114	<i>folate</i>	141
<i>etravirine</i>	37	FEVERALL ADULTS.....	34	<i>folbee</i>	141
EUCERIN ADVANCED REPAIR		FEVERALL CHILDRENS.....	34	<i>folbee plus</i>	141
HAND.....	168	FEVERALL INFANTS.....	34	FOLBIC.....	141
EUCERIN CALMING DAILY		FEVERALL JUNIOR STRENGTH... 34		<i>folic acid</i>	141
MOIST.....	168	<i>fexofenadine hcl</i>	94	FOLIFLEX.....	141
EUCERIN PLUS.....	168	FIASP.....	63	<i>folika-mg</i>	141
EUCERIN SKIN CALMING.....	168	FIASP FLEXTOUCH.....	63	FOLITAB 500.....	86
EULEXIN.....	15	FIASP PENFILL.....	63	<i>folite</i>	141
EUTHYROX.....	56	FIASP PUMPCART.....	63	FOLITIN-Z.....	141
EVAC-U-GEN.....	77	<i>fiber</i>	78	FOLIVANE-F.....	86
<i>everolimus</i>	17, 27	<i>fiber laxative</i>	77	FOLIVANE-PLUS.....	86
EVOTAZ.....	39	<i>fiber laxative + calcium</i>	77	FOLIXAPURE.....	141
EXEL COMFORT POINT PEN		<i>fiber-lax</i>	78	<i>folplex 2.2</i>	141
NEEDLE.....	63	<i>finasteride</i>	83	FOLTABS 800.....	141
<i>exemestane</i>	15	<i>finolimod hcl</i>	108	FOLTANX.....	141
EXKIVITY.....	17	FINTEPLA.....	110	FOLTRATE.....	141
<i>eye health + lutein</i>	140	FINZALA.....	59	FOLTREXYL.....	142
<i>eye multivitamin/lutein</i>	141	<i>first aid antibiotic</i>	162	<i>fondaparinux sodium</i>	83
<i>eye multivitamin/sodium</i>	141	<i>first aid antiseptic</i>	168	FORTAVIT.....	142
<i>eyeprotect</i>	141	FLAC.....	93	FORTEO.....	70
EYSUVIS.....	90	FLAREX.....	90	<i>fosamprenavir calcium</i>	38
<i>ezetimibe</i>	49	FLEBOGAMMA DIF.....	26	FOSFREE.....	142
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	49	<i>flecainide acetate</i>	48	<i>fosinopril sodium</i>	54
<i>fabb</i>	141	FLEET ENEMA.....	78	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	52
FABRAZYME.....	67	FLINSTONES GUMMIES OMEGA-		FOTIVDA.....	17
FALMINA.....	59	3 DHA.....	141	<i>freedavite</i>	142
<i>famciclovir</i>	43	FLINTSTONES COMPLETE.....	141	<i>fruit c 500</i>	142
<i>famotidine</i>	71	FLINTSTONES GUMMIES.....	141	<i>fruity c</i>	142
<i>famotidine (pf)</i>	71	FLINTSTONES GUMMIES BONE		<i>fruity chews</i>	142
<i>famotidine premixed</i>	71	BUILD.....	141	<i>full spectrum b/vitamin c</i>	142

<i>fulvestrant</i>	15	<i>geri-pectate</i>	73	<i>gnp century mature</i>	142
FUNGOID TINCTURE.....	163	<i>gerivite complete</i>	142	<i>gnp century ultimate mens</i>	142
<i>furosemide</i>	53	GILOTRIF.....	17	<i>gnp century ultimate womens</i>	142
FUSION.....	86	<i>glatiramer acetate</i>	108	<i>gnp childrens allergy</i>	95
FUSION PLUS.....	86	GLATOPA.....	108	<i>gnp childrens complete</i>	142
FUZEON.....	38	GLEOSTINE.....	15	<i>gnp childrens ibuprofen</i>	30
FYAVOLV.....	69	<i>glimepiride</i>	65	GNP CLEARLAX.....	78
FYCOMPA.....	110	<i>glipizide</i>	65	<i>gnp clotrimazole 3</i>	82
<i>gabapentin</i>	110	<i>glipizide er</i>	65	<i>gnp co q10</i>	123
<i>galantamine hydrobromide</i>	113	<i>glipizide xl</i>	65	<i>gnp cough dm er</i>	101
<i>galantamine hydrobromide er</i>	113	<i>glipizide-metformin hcl</i>	65	<i>gnp cough gels</i>	102
GAMASTAN.....	26	<i>global alcohol prep ease</i>	63	<i>gnp d 1000</i>	142
GAMMAGARD.....	26	GLUCO BURST.....	57	<i>gnp diabetic support formula</i>	142
GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	26	<i>glucoten</i>	142	<i>gnp ear drops</i>	170
GAMMAKED.....	26	GLUTOSE 5.....	57	<i>gnp earwax removal drops</i>	170
GAMMAPLEX.....	26	<i>glycerin (adult)</i>	78	<i>gnp earwax removal kit</i>	170
GAMUNEX-C.....	26	<i>glycerin (infants & children)</i>	78	<i>gnp electrolyte solution</i>	126
<i>ganciclovir sodium</i>	43	<i>glycerin adult</i>	78	<i>gnp epsom salt</i>	78
GARDASIL 9.....	28	<i>glycerin childrens</i>	78	<i>gnp essential one daily</i>	142
<i>gas relief</i>	75	GLYCOLAX.....	78	<i>gnp fiber</i>	78
<i>gas relief drops infants</i>	74	<i>glycopyrrolate</i>	74	<i>gnp fiber-caps</i>	78
<i>gas relief extra strength</i>	74	GLYDO.....	162	<i>gnp folic acid</i>	142
<i>gas relief infants</i>	74	GLYXAMBI.....	65	<i>gnp gas relief</i>	75
<i>gas relief ultra strength</i>	75	<i>gnp 8 hour arthritis relief</i>	34	<i>gnp gas relief extra strength</i>	75
GAS-X EXTRA STRENGTH.....	75	<i>gnp 8 hour pain relief</i>	34	<i>gnp gentle laxative</i>	78
GAS-X ULTRA STRENGTH.....	75	<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	34	<i>gnp glycerin (adult)</i>	78
<i>gatifloxacin</i>	89	<i>gnp acetaminophen</i>	34	<i>gnp glycerin child</i>	78
GATTEX.....	75	<i>gnp acetaminophen ex st</i>	34	<i>gnp hair/skin/nails</i>	142
<i>gavilax</i>	78	<i>gnp all day allergy</i>	95	<i>gnp healthy eyes</i>	142
GAVILYTE-C.....	78	<i>gnp all day allergy childrens</i>	95	<i>gnp healthy eyes supervision</i>	142
GAVILYTE-G.....	78	<i>gnp all day allergy-d</i>	101	<i>gnp ibuprofen childrens</i>	30
GAVRETO.....	17	<i>gnp allergy</i>	95	<i>gnp ibuprofen infants</i>	30
<i>gefitinib</i>	17	<i>gnp allergy & congestion</i>	101	<i>gnp infant gas relief</i>	75
<i>gemcitabine hcl</i>	22	<i>gnp allergy childrens</i>	95	<i>gnp infants pain/fever</i>	34
<i>gemfibrozil</i>	49	<i>gnp allergy relief</i>	95	<i>gnp iron</i>	86
GEMTESA.....	82	<i>gnp allergy relief 24 hr</i>	95	<i>gnp k-pec</i>	73
<i>genadek step 1</i>	142	<i>gnp allergy relief max st</i>	95	<i>gnp laxative</i>	78
<i>genadek step 2</i>	142	<i>gnp allergy/congestion relief</i>	101	<i>gnp lice treatment</i>	166
<i>generlac</i>	78	<i>gnp antacid & anti-gas</i>	72	<i>gnp lidocaine pain relief</i>	168
GENGRAF.....	27	<i>gnp antacid regular strength</i>	72	<i>gnp little ones childrens</i>	142
GENOTROPIN.....	67	<i>gnp antibacterial urinary pain</i>	41	<i>gnp loratadine</i>	95
GENOTROPIN MINIQUICK.....	67	<i>gnp anti-diarrheal</i>	73	<i>gnp loratadine childrens</i>	95
GENTAK.....	89	<i>gnp anti-gas</i>	75	<i>gnp lubricating plus eye drops</i>	91
<i>gentamicin in saline</i>	41	<i>gnp anti-itch</i>	168	<i>gnp mega multi for men</i>	142
<i>gentamicin sulfate</i>	41, 89, 162	<i>gnp antiseptic skin cleanser</i>	168	<i>gnp mega multi for women</i>	142
GENTEAL SEVERE.....	90	<i>gnp arthritis pain relief</i>	34	<i>gnp melatonin</i>	123
GENTEAL TEARS.....	90	<i>gnp artificial tears</i>	91	<i>gnp melatonin maximum strength</i>	123
GENTEAL TEARS MODERATE PF.....	90	<i>gnp aspirin</i>	34	<i>gnp miconazole 3</i>	82
GENTEAL TEARS PF.....	91	<i>gnp aspirin low dose</i>	34	<i>gnp miconazole 7</i>	82
GENTEAL TEARS SEVERE.....		<i>gnp athletes foot</i>	163	<i>gnp miconazorb af</i>	163
DAY/NIGHT.....	91	<i>gnp bacitracin zinc</i>	162	<i>gnp milk of magnesia</i>	78
<i>gentle laxative</i>	78	<i>gnp biotin</i>	142	<i>gnp mucus er</i>	102
<i>gentlelax</i>	78	<i>gnp calamine</i>	168	<i>gnp mucus relief</i>	102
GENVOYA.....	39	<i>gnp calcium</i>	129	<i>gnp nasal decongestant</i>	102
GERBER GROW MIGHTY.....	142	<i>gnp calcium 500 +d3</i>	128	<i>gnp nasal decongestant pe</i>	102
<i>geri-dryl</i>	94	<i>gnp calcium citrate +d3</i>	128	<i>gnp nasal four spray</i>	102
<i>geri-kot</i>	78	<i>gnp capsaicin</i>	168	<i>gnp nasal spray</i>	102
<i>geri-lanta</i>	71	<i>gnp century</i>	142	<i>gnp nasal spray extra moist</i>	102
<i>geri-lanta maximum strength</i>	71	<i>gnp century adults 50+ senior</i>	142	<i>gnp nasal spray fast acting</i>	102
<i>geri-mox</i>	72	<i>gnp century cardio health</i>	142	<i>gnp natural fiber</i>	78

<i>gnp nicotine</i>	121	<i>goodsense aller-ease</i>	95	HAVRIX.....	28
<i>gnp nicotine mini</i>	121	<i>goodsense allergy relief</i>	95	<i>healthy eyes</i>	143
<i>gnp nicotine polacrilex</i>	121	<i>goodsense antacid & gas relief</i>	72	<i>healthy eyes supervision 2</i>	143
<i>gnp no drip nasal spray</i>	102	<i>goodsense arthritis pain</i>	34	<i>healthy eyes/lutein</i>	143
<i>gnp nose drops extra strength</i>	102	<i>goodsense artificial tears</i>	91	<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin</i>	143
<i>gnp one daily maximum</i>	142	<i>goodsense aspirin</i>	35	<i>healthy hair/skin/nails</i>	143
<i>gnp one daily mens health 50+</i>	142	<i>goodsense aspirin adults</i>	35	<i>healthy kids gummies</i>	144
<i>gnp one daily mens/lycopene</i>	142	<i>goodsense aspirin low dose</i>	35	HEALTHY MAMA SHAKE THAT	
<i>gnp one daily plus iron</i>	142	<i>goodsense bisacodyl laxative</i>	79	ACHE.....	35
<i>gnp one daily womens</i>	142	GOODSENSE CLEARLAX.....	79	HEALTHYLAX.....	79
<i>gnp one daily womens 50+</i>	142	<i>goodsense cough dm</i>	102	HEATHER.....	59
<i>gnp pain & fever childrens</i>	34	<i>goodsense cough dm childrens</i>	102	<i>h-e-b oral electrolyte</i>	126
<i>gnp pain & fever infants</i>	34	<i>goodsense epsom salt</i>	79	<i>hematinic/folic acid</i>	86
<i>gnp pain relief</i>	34	<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	30	HEMATOGEN.....	86
<i>gnp pain relief extra strength</i>	34	<i>goodsense ibuprofen infants</i>	30	HEMATOGEN FA.....	86
<i>gnp pain relief nighttime</i>	121	<i>goodsense lubricating eye drop</i>	91	HEMATOGEN FORTE.....	86
<i>gnp pediatric electrolyte</i>	126	<i>goodsense mucus er maximum str</i>	102	HEMOCYTE PLUS.....	86
<i>gnp petroleum jelly</i>	55	<i>goodsense nicotine</i>	121	HEMOCYTE-F.....	86
<i>gnp pink bismuth</i>	73	<i>goodsense pain & fever child</i>	35	<i>heparin (porcine) in nacl</i>	84
<i>gnp prenatal</i>	143	<i>goodsense pain & fever infants</i>	35	<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	84
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr</i>	102	<i>goodsense pain relief</i>	35	<i>heparin sodium (porcine)</i>	84
<i>gnp senna lax</i>	78	<i>goodsense pain relief extra st</i>	35	HEPLISAV-B.....	28
<i>gnp senna plus</i>	78	<i>goodsense senna laxative</i>	79	HERCEPTIN.....	17
<i>gnp stomach relief</i>	73	<i>goodsense stimulant laxative</i>	79	HERCEPTIN HYLECTA.....	17
<i>gnp stool softener</i>	78, 79	<i>goodsense stomach relief</i>	73	HERZUMA.....	17
<i>gnp stool softener ex st</i>	78	<i>goodsense tussin cf</i>	102	HIBERIX.....	28
<i>gnp stool softener/laxative</i>	79	<i>goodsense ultra lubricant drop</i>	91	<i>high pot multivitamin/beta-car</i>	144
<i>gnp suphedrin</i>	102	<i>granisetron hcl</i>	74	<i>high potency multivit/fa</i>	144
<i>gnp terbinafine hydrochloride</i>	163	<i>grape flavor</i>	55	<i>high potency multivitamin</i>	144
<i>gnp therapeutic-m</i>	143	<i>griseofulvin microsize</i>	40	HISTEX-AC.....	102
<i>gnp tolnaftate</i>	163	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	40	<i>hm acetaminophen childrens</i>	35
<i>gnp triple antibiotic</i>	162	<i>guaiaatussin ac</i>	102	<i>hm adult aspirin</i>	35
<i>gnp triple antibiotic plus</i>	162	<i>guaifenesin</i>	102	<i>hm advanced antacid max st</i>	72
<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	102	<i>guaifenesin ac</i>	102	<i>hm all day allergy</i>	95
<i>gnp tussin cough long acting</i>	102	<i>guaifenesin-codeine</i>	102	<i>hm all day allergy childrens</i>	95
<i>gnp tussin dm</i>	102	<i>guaifenesin-dm</i>	102	<i>hm allergy & congestion</i>	102
<i>gnp tussin dm cough</i>	102	<i>guanfacine hcl</i>	53	<i>hm allergy complete-d</i>	102
<i>gnp tussin mucus & chest cong</i>	102	<i>guanfacine hcl er</i>	118	<i>hm allergy relief</i>	95
<i>gnp vitamin a</i>	143	GUMMI BEAR		<i>hm allergy relief (cetirizine)</i>	95
<i>gnp vitamin b-1</i>	143	MULTIVITAMIN/MIN.....	143	<i>hm allergy relief childrens</i>	95
<i>gnp vitamin b-12</i>	143	GVOKE HYOPEN 2-PACK.....	57	<i>hm allergy relief/nasal decong</i>	103
<i>gnp vitamin b-6</i>	143	GVOKE KIT.....	57	<i>hm animal shapes</i>	144
<i>gnp vitamin c</i>	143	GVOKE PFS.....	57	<i>hm antacid</i>	72
<i>gnp vitamin c drops</i>	143	H2Q.....	123	<i>hm antacid anti-gas ex st</i>	72
<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	143	HAEGARDA.....	84	<i>hm anti-diarrheal</i>	73
<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	143	HAILEY 1.5/30.....	59	<i>hm antioxidant vitamins</i>	144
<i>gnp vitamin d</i>	143	HAILEY 24 FE.....	59	<i>hm antiseptic skin cleanser</i>	168
<i>gnp vitamin d maximum strength</i>	143	<i>hair formula extra strength</i>	143	<i>hm arthritis pain relief</i>	35
<i>gnp vitamin d super strength</i>	143	<i>hair skin & nails advanced</i>	143	<i>hm aspirin</i>	35
<i>gnp vitamin d3</i>	143	<i>hair skin nails</i>	143	<i>hm aspirin ec</i>	35
<i>gnp vitamin d3 extra strength</i>	143	<i>hair/skin/nails</i>	143	<i>hm aspirin ec low dose</i>	35
<i>gnp vitamin d-400</i>	143	<i>hair/skin/nails/biotin</i>	143	<i>hm bacitracin zinc</i>	162
<i>gnp vitamin e</i>	143	HALLS DEFENSE VITAMIN C		<i>hm biotin</i>	144
<i>gnp womens gentle laxative</i>	79	DROPS.....	143	<i>hm calamine</i>	168
<i>gnp zinc oxide</i>	168	<i>halobetasol propionate</i>	166	<i>hm calcium citrate+d3 petite</i>	129
GOLD BOND ULTIMATE		HALOETTE.....	59	<i>hm calcium citrate+vitamin d</i>	129
HEALING.....	168	<i>haloperidol</i>	116	<i>hm calcium-vitamin d</i>	129
GOLYTELY.....	79	<i>haloperidol decanoate</i>	116	<i>hm cetirizine hcl</i>	95
GONAK.....	91	<i>haloperidol lactate</i>	116	HM CLEARLAX.....	79
<i>goodsense all day allergy</i>	95	HARVONI.....	43	<i>hm complete</i>	144

<i>hm complete 50+</i>	144	<i>hm tussin adult</i>	103	ICAR.....	86
<i>hm complete 50+ mens ultimate</i>	144	<i>hm tussin adult dm</i>	103	<i>icatibant acetate</i>	84
<i>hm complete 50+ women ultimate</i>	144	<i>hm tussin adult multi-symptom</i>	103	ICLEVIA.....	59
<i>hm complete men</i>	144	<i>hm vitamin b-12</i>	144	ICLUSIG.....	17
<i>hm complete women</i>	144	<i>hm vitamin b6</i>	144	IDHIFA.....	17
<i>hm coq10</i>	123	<i>hm vitamin c</i>	144	IFEREX 150.....	86
<i>hm cough dm</i>	103	<i>hm vitamin c/rose hips</i>	144	ILEVRO.....	90
<i>hm dry eye relief</i>	91	<i>hm vitamin d</i>	144	<i>imatinib mesylate</i>	17
<i>hm enema</i>	79	<i>hm vitamin d3</i>	144	IMBRUVICA.....	17, 18
<i>hm fexofenadine hcl</i>	95	<i>hm vitamin e</i>	144	<i>imipenem-cilastatin</i>	41
<i>hm folic acid</i>	144	<i>hm womens 50+ advanced daily</i> ...	144	<i>imipramine hcl</i>	114
<i>hm gas relief</i>	75	HUMIRA.....	24, 25	<i>imiquimod</i>	168
<i>hm gas relief extra strength</i>	75	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS		<i>immune support</i>	145
<i>hm gas relief infants drops</i>	75	START.....	24	IMMUNERX.....	145
<i>hm gentle laxative</i>	79	HUMIRA PEN.....	24	IMOVAX RABIES.....	28
<i>hm hair/skin/nails</i>	144	HUMIRA PEN-CD/UC/HS		INBRIJA.....	108
<i>hm ibuprofen childrens</i>	30	STARTER.....	24	INCASSIA.....	59
<i>hm ibuprofen infants</i>	30	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC		INCRELEX.....	67
<i>hm laxative</i>	79	START.....	24	INCRUSE ELLIPTA.....	93
<i>hm lice killing max st</i>	166	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS		<i>indapamide</i>	53
<i>hm lice treatment</i>	166	START.....	24	INFANRIX.....	28
<i>hm lidocaine patch</i>	168	HUMIRA PEN-PSOR/UEIT		INFANTS ADVIL.....	30
<i>hm loratadine</i>	95	STARTER.....	24	<i>infants gas relief</i>	75
<i>hm loratadine childrens</i>	95	HUMULIN R U-500		<i>infants ibuprofen</i>	30
<i>hm lubricating plus</i>	91	(CONCENTRATED).....	63	<i>infants simethicone</i>	75
<i>hm lubricating tears</i>	91	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	63	INFED.....	86
<i>hm mens 50+ advanced one daily</i>	144	HYCODAN.....	103	<i>infliximab</i>	25
<i>hm milk of magnesia</i>	79	<i>hydralazine hcl</i>	53	INFUVITE ADULT.....	145
<i>hm mucus relief</i>	103	HYDRALYTE.....	126	INFUVITE PEDIATRIC.....	145
<i>hm mucus relief max st</i>	103	HYDRASYN25.....	168	INGREZZA.....	119
<i>hm nasal decongestant</i>	103	<i>hydrochlorothiazide</i>	53	INJECTAFER.....	86
<i>hm nasal decongestant 12 hour</i>	103	<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	103	INLYTA.....	18
<i>hm nasal decongestant pe</i>	103	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	31	INQOVI.....	22
<i>hm nasal spray</i>	103	<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	103	INREBIC.....	18
<i>hm niacin</i>	144	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	32	INTEGRA.....	86
<i>hm niacin tr</i>	144	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	32	INTEGRA F.....	86
<i>hm nicotine</i>	121	<i>hydrocortisone</i>	69, 76, 166	INTEGRA PLUS.....	86
<i>hm nicotine polacrilex</i>	121	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	168	INTELENCE.....	38
<i>hm nose drops</i>	103	<i>hydromet</i>	103	INTRALIPID.....	131
<i>hm one daily mens</i>	144	<i>hydromorphone hcl</i>	32	INTRON A.....	26
<i>hm one daily womens</i>	144	<i>hydrous emulsified base</i>	55	INTROVALE.....	59
<i>hm pain & fever childrens</i>	35	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	144	INVEGA HAFYERA.....	116
<i>hm pain & fever infants</i>	35	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	26	INVEGA SUSTENNA.....	116
<i>hm pain relief</i>	35	<i>hydroxyurea</i>	23	INVEGA TRINZA.....	116
<i>hm pain relief extra strength</i>	35	<i>hydroxyzine hcl</i>	95	IPOL.....	28
<i>hm pain relieve child dye-free</i>	35	<i>hydroxyzine pamoate</i>	95	<i>ipratropium bromide</i>	93
<i>hm pain reliever</i>	35	<i>hylazinc</i>	144	<i>ipratropium-albuterol</i>	97
<i>hm pain reliever childrens</i>	35	HYSINGLA ER.....	31	<i>irbesartan</i>	48
<i>hm pain reliever infants</i>	35	<i>ibandronate sodium</i>	70	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	52
<i>hm pediatric electrolyte</i>	126	IBRANCE.....	17	IRESSA.....	18
<i>hm petroleum jelly</i>	55	IBU.....	30	<i>irinotecan hcl</i>	23
<i>hm povidone-iodine</i>	168	<i>ibuprofen</i>	30	<i>iron</i>	86
<i>hm senna</i>	79	<i>ibuprofen childrens</i>	30	<i>iron 27</i>	86
<i>hm sinus nasal spray</i>	103	<i>ibuprofen infants</i>	30	<i>iron chews pediatric</i>	86
<i>hm stomach relief</i>	73	<i>ibuprofen junior strength</i>	30	<i>iron high-potency</i>	86
<i>hm stool softener</i>	79	ICAPS.....	144	<i>iron supplement</i>	86
<i>hm stool softener/laxative</i>	79	ICAPS AREDS FORMULA.....	144	IS-D 10,000.....	145
<i>hm super vitamin b complex/c</i>	144	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	144	ISENTRESS.....	38
<i>hm triple antibiotic</i>	162	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN...	144	ISENTRESS HD.....	38
<i>hm triple antibiotic max st</i>	162	ICAPS MV.....	144	ISIBLOOM.....	59

ISOLYTE-P IN D5W	124	KISQALI (600 MG DOSE)	18	<i>lapatinib ditosylate</i>	18
ISOLYTE-S	124	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	23	LARIN 1.5/30	60
ISOLYTE-S PH 7.4	124	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	23	LARIN 1/20	60
<i>isoniazid</i>	39	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	23	LARIN 24 FE	60
ISOPTO TEARS	91	KLOR-CON	125	LARIN FE 1.5/30	60
<i>isosorbide dinitrate</i>	54	KLOR-CON 10	125	LARIN FE 1/20	60
<i>isosorbide mononitrate</i>	54	KLOR-CON M10	125	<i>latanoprost</i>	88
<i>isosorbide mononitrate er</i>	54	KLOR-CON M15	125	LATUDA	116
<i>isotretinoin</i>	161	KLOR-CON M20	125	<i>laxacin</i>	79
<i>isradipine</i>	51	KLS ALLERCLEAR D-24HR	103	<i>laxative</i>	79
<i>itch relief extra strength</i>	168	KLS ALLER-TEC D	103	<i>laxative max str</i>	79
<i>itraconazole</i>	40	<i>kobee</i>	145	LAYOLIS FE	60
<i>ivermectin</i>	41	<i>konsyl daily fiber</i>	79	<i>leader finger cream</i>	168
<i>i-vite</i>	145	KORLYM	67	LEENA	60
<i>i-vite protect</i>	145	<i>kp adults 50+ daily formula</i>	145	<i>leflunomide</i>	26
IXIARO	28	<i>kp adults daily formula</i>	145	<i>lenalidomide</i>	23
JAKAFI	18	<i>kp b complex-c</i>	145	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	18
JANTOVEN	84	<i>kp bisacodyl</i>	79	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	18
JANUMET	65	<i>kp calcium 600+d</i>	129	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	18
JANUMET XR	65	<i>kp calcium citrate+d</i>	129	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	18
JANUVIA	65	<i>kp calcium-magnesium-zinc</i>	129	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	18
JARDIANCE	65	<i>kp ferrous gluconate</i>	86	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	18
JASMIEL	59	<i>kp ferrous sulfate</i>	86	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	19
JAVYGTOR	67	<i>kp folic acid</i>	145	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	19
JAYPIRCA	18	<i>kp melatonin</i>	123	LESSINA	60
JENTADUETO	65	<i>kp mens 50+ daily formula</i>	145	<i>letrozole</i>	15
JENTADUETO XR	65	<i>kp mens daily formula</i>	145	<i>leucovorin calcium</i>	22
JINTELI	69	<i>kp niacin</i>	145	LEUKERAN	15
JOLESSA	59	<i>kp prenatal multivitamins</i>	145	<i>leuprolide acetate</i>	15
JULEBER	59	<i>kp pseudoephedrine hcl</i>	103	<i>levalbuterol hcl</i>	97
JULUCA	39	<i>kp senna</i>	79	<i>levalbuterol tartrate</i>	97
JUNEL 1.5/30	59	KP VISION FORMULA	145	LEVEMIR	63
JUNEL 1/20	59	KP VISION FORMULA/LUTEIN	145	LEVEMIR FLEXPEN	63
JUNEL FE 1.5/30	59	<i>kp vitamin b-12</i>	145	LEVEMIR FLEXTOUCH	63
JUNEL FE 1/20	59	<i>kp vitamin b-6</i>	145	<i>levetiracetam</i>	111
JUNEL FE 24	59	<i>kp vitamin d</i>	145	<i>levetiracetam er</i>	111
<i>just 4 kidz multivit/probiotic</i>	145	<i>kp vitamin d3</i>	145	<i>levetiracetam in nacl</i>	111
JUST D	145	<i>kp womens 50+ daily formula</i>	145	<i>levobunolol hcl</i>	88
KADCYLA	18	<i>kp womens daily formula</i>	145	<i>levocarnitine</i>	67
KAITLIB FE	59	K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL ST	145	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	95
KALYDECO	98	KRAZATI	18	<i>levofloxacin</i>	46
KANJINTI	18	KURVELO	59	<i>levofloxacin in d5w</i>	46
KARIVA	59	<i>labetalol hcl</i>	50	LEVONEST	60
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	124	<i>lacosamide</i>	110, 111	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	60
KELNOR 1/35	59	<i>lactated ringers</i>	124	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	60
KELNOR 1/50	59	LACTINOL HX	168	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	60
KERADAN	168	<i>lactulose</i>	79	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	60
KERENDIA	48	<i>lactulose encephalopathy</i>	79	LEVORA 0.15/30 (28)	60
KERR TRIPLE DYE SWABS	168	LAMISIL AT	163	LEVO-T	56
KESIMPTA	108	<i>lamivudine</i>	38, 43	<i>levothyroxine sodium</i>	56
<i>ketoconazole</i>	40, 163, 165	<i>lamivudine-zidovudine</i>	39	LEVOXYL	56
KETO-DIASTIX	67	<i>lamotrigine</i>	111	LEXIVA	38
<i>ketorolac tromethamine</i>	90	<i>lamotrigine er</i>	111	<i>lice killing</i>	166
KEVZARA	25	<i>lansoprazole</i>	77	<i>lice killing maximum strength</i>	166
KEYTRUDA	18	LANTUS	63	<i>lice treatment creme rinse</i>	166
KINDERLYTE	126	LANTUS SOLOSTAR	63	<i>lidocaine</i>	162
KINDERLYTE PREMAX	126			<i>lidocaine hcl</i>	37, 162
KINRIX	28			<i>lidocaine hcl (pf)</i>	37
KISQALI (200 MG DOSE)	18			<i>lidocaine pain relief</i>	168
KISQALI (400 MG DOSE)	18			<i>lidocaine pain relieving</i>	168

<i>lidocaine viscous hcl</i>	161	LYLLANA.....	69	<i>meloxicam</i>	30
<i>lidocaine-prilocaine</i>	162	LYNPARZA.....	19	<i>memantine hcl</i>	113
<i>linezolid</i>	41, 42	LYSIPLEX PLUS.....	145	<i>memantine hcl er</i>	113
<i>linezolid in sodium chloride</i>	41	LYSODREN.....	16	MENACTRA.....	28
LINZESS.....	75	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	19	MENQUADFI.....	28
<i>liothyronine sodium</i>	56	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	19	<i>mens 50+ advanced</i>	146
<i>liquid acetaminophen</i>	35	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	19	<i>mens daily formula/lycopene</i>	146
<i>liquid allergy relief</i>	96	LYZA.....	60	<i>mens multi vitamin & mineral</i>	146
<i>liquid pain relief</i>	35	MACULAR HEALTH FORMULA.....	145	<i>mens multivitamin</i>	146
<i>lisinopril</i>	54	MACUVITE.....	145	MENVEO.....	28
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	52	MACUVITE EYE CARE.....	145	MEPHYTON.....	146
<i>lithium</i>	119	MACUVITE/LUTEIN.....	145	<i>mercaptapurine</i>	22
<i>lithium carbonate</i>	119	MAG64.....	129	MERIBIN.....	146
<i>lithium carbonate er</i>	119	<i>mag-al plus</i>	72	<i>meropenem</i>	42
<i>l-methylfolate calcium</i>	145	<i>mag-al plus xs</i>	72	<i>mesalamine</i>	76
<i>l-methylfolate-b6-b12</i>	145	MAGDELAY.....	129	<i>mesalamine er</i>	76
<i>l-methyl-mc</i>	145	<i>magdelay</i>	129	<i>mesalamine-cleanser</i>	76
<i>l-methyl-mc nac</i>	145	<i>mag-g</i>	129	MESNEX.....	22
LOESTRIN 1.5/30 (21).....	60	MAGNEBIND 300.....	129	METADATE ER.....	118
LOESTRIN 1/20 (21).....	60	MAGNEBIND 400.....	129	METAFOLBIC.....	146
LOESTRIN FE 1.5/30.....	60	<i>magnesium gluconate</i>	129	METAFOLBIC PLUS.....	146
LOESTRIN FE 1/20.....	60	<i>magnesium oxide</i>	72, 129	<i>metformin hcl</i>	66
<i>lohist-dm</i>	103	<i>magnesium oxide -mg supplement</i>	129	<i>metformin hcl er</i>	66
LOKELMA.....	57	<i>magnesium sulfate</i>	124	<i>methadone hcl</i>	31
LOMAIRA.....	121	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	124	METHADONE HCL INTENSOL.....	31
LONSURF.....	22	MAGNESIUM-OXIDE.....	129	<i>methazolamide</i>	53
<i>loperamide hcl</i>	73, 75	MAGOX 400.....	129	<i>methenamine hippurate</i>	42
<i>lopinavir-ritonavir</i>	39, 40	<i>malathion</i>	166	<i>methimazole</i>	56
<i>loradamed</i>	96	<i>manganese chloride</i>	129	<i>methocarbamol</i>	109
<i>loratadine</i>	96	<i>mapap</i>	35	<i>methotrexate sodium</i>	22, 26
<i>loratadine childrens</i>	96	<i>mapap arthritis pain</i>	35	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	22
<i>loratadine-d 12hr</i>	103	MAPAP CHILDRENS.....	35	<i>methsuximide</i>	111
<i>loratadine-d 24hr</i>	103	<i>maraviroc</i>	38	<i>methylphenidate hcl</i>	118
<i>lorazepam</i>	109	MAR-COF CG EXPECTORANT.....	103	<i>methylphenidate hcl er</i>	118
LORAZEPAM INTENSOL.....	109	<i>marlissa</i>	60	<i>methylprednisolone</i>	69
LORBRENA.....	19	MARPLAN.....	114	<i>methylprednisolone acetate</i>	69
LORYNA.....	60	MATULANE.....	23	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	69
<i>losartan potassium</i>	48	MAVYRET.....	43	<i>metoclopramide hcl</i>	74
<i>losartan potassium-hctz</i>	52	MAXIMUM D3.....	146	<i>metolazone</i>	53
LOTEMAX.....	90	<i>maximum daily green</i>	146	<i>metoprolol succinate er</i>	50
<i>lovastatin</i>	49	<i>maxi-tuss ac</i>	103	<i>metoprolol tartrate</i>	50
LOW-OGESTREL.....	60	<i>maxi-tuss cd</i>	103	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	51
<i>loxapine succinate</i>	116	<i>maxi-tuss g</i>	104	<i>metronidazole</i>	42, 82, 168
<i>lubricant eye drops</i>	91	<i>maxi-tuss gmx</i>	104	<i>metyrosine</i>	53
<i>lubricant eye drops (pf)</i>	91	<i>m-clear wc</i>	104	<i>mgo</i>	129
<i>lubricant eye drops pf</i>	91	<i>m-dryl</i>	96	MIBELAS 24 FE.....	60
<i>lubricating eye drops</i>	91	<i>meclizine hcl</i>	74	<i>micafungin sodium</i>	40
<i>lubricating plus eye drops</i>	91	<i>medi-first triple antibiotic</i>	162	<i>miconazole 3 combo pack app</i>	82
<i>lubricating tears eye drops</i>	91	MEDPURA ZINC OXIDE.....	168	<i>miconazole 3 combo-suppl</i>	82
LUMAKRAS.....	19	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	60, 70	<i>miconazole 7</i>	82
LUMIGAN.....	88	<i>mefloquine hcl</i>	43	<i>miconazole antifungal</i>	164
LUMIZYME.....	67	MEGA MULTI MEN.....	146	<i>miconazole nitrate</i>	82, 164
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	15	<i>mega vm-80</i>	146	MICOTRIN AC.....	164
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	16	<i>megavite fruits & veggies</i>	146	MICOTRIN AP.....	164
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	67	<i>megavite golden years 55+</i>	146	<i>microderm base</i>	55
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	68	<i>megestrol acetate</i>	16, 70	MICROGESTIN 1.5/30.....	60
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	68	MEKINIST.....	19	MICROGESTIN 1/20.....	61
<i>lurasidone hcl</i>	116	MEKTOVI.....	19	MICROGESTIN 24 FE.....	61
LUTERA.....	60	<i>melatonin</i>	55, 123	MICROGESTIN FE 1.5/30.....	61
LYLEQ.....	60	<i>melatonin maximum strength</i>	123	MICROGESTIN FE 1/20.....	61

MICROSOME BASE.....	55	MULTI FOR HIM.....	146	MVW COMPLETE FORMULATION	
<i>midodrine hcl</i>	53	<i>multi for him 50+</i>	146	D3000.....	148
<i>miglustat</i>	68	<i>multi vitamin</i>	146	MVW COMPLETE FORMULATION	
MILI.....	61	<i>multi vitamin daily</i>	146	D5000.....	148
<i>milk of magnesia</i>	79	<i>multi vitamin w/d-3</i>	146	MVW COMPLETE FORMULATION	
MILLTRIUM SENIOR.....	146	<i>multi vitamin/minerals</i>	146	MINIS.....	148
MIMVEY.....	69	MULTI-BETIC DIABETES.....	146	<i>myamulti</i>	148
<i>minocycline hcl</i>	48	<i>multi-day</i>	146	<i>mycophenolate mofetil</i>	27
<i>minoxidil</i>	53	<i>multi-day plus iron</i>	146	<i>mycophenolate sodium</i>	27
MINTOX.....	72	<i>multi-day plus minerals</i>	146	MYCOZYL AC.....	164
<i>mintox maximum strength</i>	72	MULTIGEN.....	86	MYCOZYL AP.....	164
MINTOX PLUS.....	72	MULTIGEN PLUS.....	86	<i>myferon 150</i>	86
MIRALAX.....	79	<i>multilex</i>	146	MYLANTA MAXIMUM STRENGTH.....	72
<i>mirtazapine</i>	114	<i>multilex-t</i>	146	MYLICON INFANTS GAS RELIEF.....	75
<i>misoprostol</i>	75	<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	124	<i>mynephrocaps</i>	148
MITIGARE.....	37	<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i>	124	MYNEPHRON.....	148
M-M-R II.....	28	<i>multiple vit/minerals/no iron</i>	146	MYRBETRIQ.....	82
<i>m-natal plus</i>	125	<i>multiple vitamin</i>	146	<i>my-vitalife</i>	148
<i>moexipril hcl</i>	54	<i>multiple vitamins</i>	147	<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	87
<i>moisturizing cream</i>	168	<i>multiple vitamins/iron</i>	147	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	79
<i>molindone hcl</i>	116	<i>multipro</i>	147	<i>nabumetone</i>	31
<i>mometasone furoate</i>	166	<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	147	<i>nadolol</i>	50
MONISTAT 3 COMBINATION		<i>multivitamin</i>	147	<i>nafcilin sodium</i>	47
PACK.....	82	<i>multi-vitamin</i>	147	NAGLAZYME.....	68
MONISTAT 3 COMBO PACK APP.....	82	<i>multivitamin & mineral</i>	147	<i>nalbuphine hcl</i>	32
MONISTAT 7 SIMPLY CURE.....	82	<i>multivitamin adult</i>	147	<i>naloxone hcl</i>	121
MONJUVI.....	19	<i>multivitamin adult (minerals)</i>	147	<i>naltrexone hcl</i>	121
MONOFERRIC.....	86	<i>multivitamin adult extra c</i>	147	NAMZARIC.....	113
MONO-LINYAH.....	61	<i>multivitamin adults</i>	147	NAPHCN-A.....	88
<i>montelukast sodium</i>	100	<i>multivitamin adults 50+</i>	147	<i>naproxen</i>	31
<i>morphine sulfate</i>	32	<i>multivitamin childrens (w/ fa)</i>	147	<i>naproxen sodium</i>	31
<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	32	<i>multi-vitamin daily</i>	147	<i>naratriptan hcl</i>	120
<i>morphine sulfate (pf)</i>	32	<i>multi-vitamin gummies</i>	147	<i>nasal decongestant</i>	104
<i>morphine sulfate er</i>	31	<i>multivitamin gummies adult</i>	147	<i>nasal decongestant max st</i>	104
MOVANTIK.....	75	<i>multivitamin gummies mens</i>	147	<i>nasal decongestant pe</i>	104
<i>moxifloxacin hcl</i>	46, 89	<i>multivitamin gummies womens</i>	147	<i>nasal decongestant pe max st</i>	104
<i>m-pap</i>	35	<i>multivitamin men</i>	147	<i>nasal decongestant spray</i>	104
MTX SUPPORT.....	146	<i>multivitamin men 50+</i>	147	<i>nasal four</i>	104
MUCINEX.....	104	<i>multi-vitamin monocaps</i>	147	<i>nasal relief</i>	104
MUCINEX CHILDRENS STUFFY		<i>multivitamin women</i>	147	<i>nasal spray 12 hour</i>	104
NOSE.....	104	<i>multivitamin women 50+</i>	147	<i>nasal spray extra moisturizing</i>	104
MUCINEX DM.....	104	<i>multivitamin womens 50+ adv</i>	147	<i>nasal spray no drip</i>	104
MUCINEX FAST-MAX CHEST		<i>multivitamin/extra vitamin d3</i>	147	NASCOBAL.....	148
CONG MS.....	104	<i>multivitamin/fluoride</i>	147	NATACYN.....	89
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH.....	104	<i>multi-vitamin/iron</i>	147	<i>nateglinide</i>	66
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR &		<i>multi-vitamin/minerals</i>	147	NATPARA.....	70
COOL.....	104	<i>multivitamin/zinc stress</i>	147	<i>natural c/rose hips</i>	148
MUCINEX SINUS-MAX		<i>multivitamin-minerals</i>	147	<i>natural fiber laxative</i>	79
SINUS/ALLRGY.....	104	<i>multi-vitamins</i>	147	<i>natural senna laxative</i>	79
<i>mucus & chest congestion</i>	104	<i>multivitamins plus iron child</i>	147	<i>natural vitamin d-3</i>	148
<i>mucus relief</i>	104	<i>multivitamins/minerals adult</i>	147	NAYZILAM.....	111
<i>mucus relief dm</i>	104	<i>multi-vite</i>	148	<i>nebivolol hcl</i>	50
<i>mucus relief er</i>	104	<i>multivit-min gummies childrens</i>	148	NECON 0.5/35 (28).....	61
<i>mucus relief max st</i>	104	<i>mupirocin</i>	162	<i>nefazodone hcl</i>	114
MULTAQ.....	48	MURINE EAR.....	170	<i>neomycin sulfate</i>	42
<i>multi + omega-3 adult gummies</i>	146	MURO 128.....	91	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	89
<i>multi adult gummies</i>	146	MVASI.....	19	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	88
<i>multi complete/iron</i>	146	MVW COMPLETE FORMULATION		<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	89
<i>multi for her</i>	146		148	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	89, 93
<i>multi for her 50+</i>	146			NEO-POLYCIN.....	89

NEO-POLYCIN HC.....	89	norethindrone acetate.....	70	OCUVITE ADULT 50+.....	149
neovite.....	148	norethindrone acet-ethinyl est.....	61	OCUVITE ADULT FORMULA.....	149
NEPHPLEX RX.....	148	norethindrone-eth estradiol.....	69	OCUVITE EXTRA.....	149
NEPHRON FA.....	87	norethindron-ethinyl estrad-fe.....	61	OCUVITE EYE + MULTI.....	149
NEPHRO-VITE.....	148	norethin-eth estradiol-fe.....	61	OCUVITE EYE HEATLH	
NEPHRO-VITE RX.....	148	norgestimate-eth estradiol.....	61	GUMMIES.....	149
NERLYNX.....	19	norgestim-eth estrad triphasic.....	61	OCUVITE-LUTEIN.....	149
neti pot sinus wash.....	98	NORLYROC.....	61	ODEFSEY.....	40
NEUPRO.....	108	NORPACE CR.....	49	ODOMZO.....	19
NEUTROGENA HAND.....	168	NORTEMP.....	36	OFEV.....	98
nevirapine.....	38	nortemp infants.....	36	ofloxacin.....	89, 93
nevirapine er.....	38	NORTREL 0.5/35 (28).....	61	OGIVRI.....	19
NEXAVAR.....	19	NORTREL 1/35 (21).....	61	olanzapine.....	117
niacin.....	148	NORTREL 1/35 (28).....	61	olmesartan medoxomil.....	48
niacin er.....	148	NORTREL 7/7/7.....	61	olmesartan medoxomil-hctz.....	52
niacin er (antihyperlipidemic).....	50	nortriptyline hcl.....	114	olmesartan-amlodipine-hctz.....	52
niacinamide.....	148	NORVIR.....	38	olopatadine hcl.....	88
nicardipine hcl.....	51	norwegian cod liver oil.....	148	omeprazole.....	77
NICODERM CQ.....	121	NOVAFERRUM.....	87	omnicap.....	149
NICOMIDE.....	148	NOVAFERRUM 50.....	87	OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5).....	64
NICORETTE.....	121, 122	NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON.....	148	OMNIPOD 5 G6 POD (GEN 5).....	64
NICORETTE MINI.....	121	NOVAFERRUM PEDIATRIC		OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3).....	64
NICORETTE STARTER KIT.....	122	DROPS.....	87	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	64
nicotinamide.....	148	NOVOLIN 70/30.....	64	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4).....	64
nicotine.....	122	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	63	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	64
nicotine mini.....	122	NOVOLIN N.....	64	OMNIPOD GO.....	64
nicotine polacrilex.....	122	NOVOLIN N FLEXPEN.....	64	once daily.....	149
nicotine polacrilex mini.....	122	NOVOLIN R.....	64	once daily/iron.....	149
nicotine step 1.....	122	NOVOLIN R FLEXPEN.....	64	ONCOVITE.....	149
nicotine step 2.....	122	NOVOLOG.....	64	ondansetron.....	74
nicotine step 3.....	122	NOVOLOG FLEXPEN.....	64	ondansetron hcl.....	74
NICOTROL.....	122	NOVOLOG MIX 70/30.....	64	ONE A DAY MENS VITACRAVES.....	149
NICOTROL NS.....	122	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN.....	64	one daily adults 50+.....	149
nifedipine er.....	51	NOVOLOG PENFILL.....	64	one daily calcium/iron.....	149
nifedipine er osmotic release.....	51	NOXAFIL.....	40	one daily complete.....	149
NIFEREX.....	87	NUBEQA.....	16	ONE DAILY ESSENTIAL.....	149
NIKKI.....	61	NUDEXTA.....	119	one daily for men 50+ advanced.....	149
nilutamide.....	16	NUFERA.....	87	one daily for men/lycopen.....	149
nimodipine.....	51	NU-IRON.....	87	one daily for women.....	149
NINJACOF-XG.....	104	NULOJIX.....	27	one daily for women 50+ adv.....	149
NINLARO.....	19	NU-MAG.....	129	one daily healthy weight adv.....	149
nitazoxanide.....	42	NUPLAZID.....	116, 117	one daily maximum.....	149
nitisinone.....	68	NURTEC.....	120	one daily mens 50+ multivit.....	149
NITRO-BID.....	54	NUTRADERM.....	169	one daily mens health.....	149
nitrofurantoin macrocrystal.....	42	NUTRILIPID.....	131	one daily multivitamin adult.....	149
nitrofurantoin monohyd macro.....	42	NUZYRA.....	48	one daily multivitamin/iron.....	149
nitroglycerin.....	54	NYAMYC.....	164	one daily womens 50 plus.....	149
NIVA-FOL.....	148	NYLIA 1/35.....	61	one daily womens 50+.....	149
NIVEA.....	169	NYLIA 7/7/7.....	61	one daily/minerals.....	149
NIVEA SOFT.....	169	NYMALIZE.....	51	ONE-A-DAY ENERGY.....	149
NIX CREME RINSE.....	166	NYMYO.....	61	ONE-A-DAY ESSENTIAL.....	149
nizatidine.....	71	nystatin.....	40, 161, 164	ONE-A-DAY FOR HER	
no drip nasal spray.....	104	NYSTOP.....	164	VITACRAVES.....	149
no iron mult vitamin-minerals.....	148	OCELLA.....	61	ONE-A-DAY FOR HIM	
nohist-dm.....	104	OCTAGAM.....	26	VITACRAVES.....	149
non-aspirin.....	36	octreotide acetate.....	68	ONE-A-DAY JOLLY RANCHER....	150
non-aspirin extra strength.....	36	ocular vitamins.....	148	ONE-A-DAY MENOPAUSE	
NORA-BE.....	61	ocutabs.....	148	FORMULA.....	150
norethin ace-eth estrad-fe.....	61	ocutabs-lutein.....	149	ONE-A-DAY MENS.....	150
norethindrone.....	61				

ONE-A-DAY MENS (MINERALS) ..	150	ORKAMBI	98	PEDIA-LAX	79
ONE-A-DAY MENS 50+		ORSERDU	16	PEDIALYTE	126
ADVANTAGE	150	OS-CAL	129	PEDIALYTE ADVANCED CARE ...	126
ONE-A-DAY MENS HEALTH		OS-CAL CALCIUM + D3	129	PEDIALYTE FREEZER POPS	126
FORMULA	150	OS-CAL EXTRA D3	129	PEDIALYTE SINGLES	126
ONE-A-DAY MENS VITACRAVES	150	<i>oseltamivir phosphate</i>	43	PEDIARIX	28
ONE-A-DAY PROACTIVE 65+	150	OTEZLA	25	<i>pediatric electrolyte</i>	126
ONE-A-DAY SCOOPY-DOO		<i>oxacillin sodium</i>	47	<i>pediatric electrolyte-zinc</i>	126
GUMMIES	150	<i>oxaliplatin</i>	15	PEDVAX HIB	28
ONE-A-DAY TEEN		<i>oxcarbazepine</i>	111	<i>peg 3350</i>	80
ADVANTAGE/HER	150	<i>oxybutynin chloride</i>	82	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	80
ONE-A-DAY TEEN		<i>oxybutynin chloride er</i>	82	<i>peg-3350/electrolytes</i>	80
ADVANTAGE/HIM	150	<i>oxycodone hcl</i>	32	PEGASYS	43
ONE-A-DAY VITACRAVES	150	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	32	PEMAZYRE	19
ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT		OXYCONTIN	31	<i>pemetrexed disodium</i>	22
.....	150	OYSCO 500	129	<i>penicillamine</i>	57
ONE-A-DAY VITACRAVES		OYSCO 500+D	129	<i>penicillin g pot in dextrose</i>	47
IMMUNITY	150	<i>oyster calcium</i>	129	<i>penicillin g potassium</i>	47
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR	150	<i>oyster shell calcium</i>	130	<i>penicillin g procaine</i>	47
ONE-A-DAY		<i>oyster shell calcium + d</i>	129	<i>penicillin g sodium</i>	47
VITACRAVES+OMEGA-3	150	<i>oyster shell calcium + d3</i>	129	<i>penicillin v potassium</i>	47
ONE-A-DAY WEIGHT SMART		<i>oyster shell calcium 250+d</i>	129	PEN-KERA	169
ADVANCE	150	<i>oyster shell calcium 500 + d</i>	130	PENTACEL	29
ONE-A-DAY WOMENS	150	<i>oyster shell calcium 500+d</i>	130	<i>pentamidine isethionate</i>	42
ONE-A-DAY WOMENS 50 PLUS ..	150	<i>oyster shell calcium plus d</i>	130	<i>pentoxifylline er</i>	84
ONE-A-DAY WOMENS 50+		<i>oyster shell calcium w/d</i>	130	PENTRAVAN	169
ADVANTAGE	150	<i>oyster shell calcium/d</i>	130	PENTRAVAN PLUS	169
ONE-A-DAY WOMENS HEALTHY		<i>oyster shell calcium/d3</i>	130	PERIDIN-C	151
SKIN	150	<i>oyster shell calcium/vit d3</i>	130	<i>perindopril erbumine</i>	54
ONE-A-DAY WOMENS MIND &		<i>oyster shell calcium/vitamin d</i>	130	PERIOGARD	161
BODY	150	OYSTERCAL	130	PERIOMED	161
ONE-A-DAY WOMENS PETITES .	150	OYSTERCAL-D	130	<i>permethrin</i>	166
ONE-A-DAY WOMENS		OZEMPIC (0.25 OR 0.5		<i>perphenazine</i>	117
VITACRAVES	150	MG/DOSE)	66	PERSERIS	117
<i>one-daily multi caps</i>	150	OZEMPIC (1 MG/DOSE)	66	<i>petrolatum</i>	55
<i>one-daily multi vitamins</i>	150	OZEMPIC (2 MG/DOSE)	66	PFCB	55
<i>one-daily multi-vit/mineral</i>	151	PACERONE	49	PFIZERPEN	47
<i>one-daily multi-vitamin</i>	151	<i>paclitaxel</i>	23	<i>pharbechlor</i>	96
<i>one-daily multi-vitaminliron</i>	151	<i>paclitaxel protein-bound part</i>	23	<i>pharbedryl</i>	96
<i>one-daily/liron</i>	151	<i>pain & fever childrens</i>	36	PHARBETOL	36
ONELAX	79	<i>pain & fever infants</i>	36	PHARBETOL EXTRA STRENGTH .	36
ONTRUZANT	19	<i>pain relief extra strength</i>	36	PHARMABASE ANTIOXIDANT	55
ONUREG	22	<i>pain relief regular strength</i>	36	PHARMABASE COSMETIC	55
OPCON-A	88	<i>paliperidone er</i>	117	PHARMABASE COSMETIC	
OPSUMIT	54	<i>pamidronate disodium</i>	70	NATURAL	55
<i>optic-vites</i>	151	<i>pan-c 500/bioflavonoids</i>	151	PHARMABASE LIGHT	55
OPTIFAST POST BARIATRIC	151	PANRETIN	169	PHARMABASE VAGINAL	55
OPTIMAL D3	151	<i>pantoprazole sodium</i>	77	<i>pharmacist choice d-vitamin</i>	151
<i>optimum pms</i>	151	PANZYGA	26	PHAZYME MAXIMUM STRENGTH	75
OPTISOURCE POST BARIATRIC		PARAPLATIN	15	<i>phendimetrazine tartrate</i>	122
SURG	151	<i>paricalcitol</i>	57	<i>phendimetrazine tartrate er</i>	122
OPTIVITE P.M.T.	151	<i>paromomycin sulfate</i>	42	<i>phenelzine sulfate</i>	114
OPURITY BYPASS OPTIMIZED ..	151	<i>paroxetine hcl</i>	114	<i>phenobarbital</i>	111
<i>oral electrolytes</i>	126	<i>parvlex</i>	151	<i>phenobarbital sodium</i>	111
<i>oral suspend</i>	55	<i>pc pediatric poly-vitalfe drop</i>	151	<i>phentermine hcl</i>	122
ORALYTE	126	PCCA BASE 7542	55	<i>phenylephrine hcl</i>	104
ORALYTE FREEZER POPS	126	PCCA EMOLLIENT CREAM BASE .	55	PHENYTEK	111
ORA-PLUS	55	<i>ped electrolyte freeze pops</i>	126	<i>phenytoin</i>	111
ORASEP	161	<i>ped electrolyte freezer pops</i>	126	<i>phenytoin sodium</i>	111
ORGOVYX	16	PEDIA VANCE	126	<i>phenytoin sodium extended</i>	111

PHESGO.....	19	<i>preferred plus insulin syringe</i>	64	<i>protriptyline hcl</i>	114
PHILITH.....	61	<i>pregabalin</i>	111	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	105
PHYTOBASE.....	55	<i>prehevbrio</i>	29	<i>pseudoephedrine hcl</i>	105
PHYTOMULTI.....	151	PREMASOL.....	132	<i>pseudoephedrine hcl er</i>	105
<i>phytonadione</i>	151	<i>prenatal</i>	125, 151	<i>psyllium fiber</i>	80
PICODERM.....	55	<i>prenatal 19</i>	151	PULMICORT FLEXHALER.....	100
PIFELTRO.....	38	<i>prenatal one daily</i>	151	PULMOZYME.....	99
<i>pilocarpine hcl</i>	88, 161	<i>prenatal vitamin</i>	151	<i>pure c 500</i>	152
<i>pimozide</i>	117	<i>prenatal vitamin and mineral</i>	151	<i>pure calcium carbonate</i>	130
PIMTREA.....	61	<i>prenatal vitamins</i>	151	<i>purevit dualfe plus</i>	87
<i>pin-away</i>	42	<i>prenatal/liron</i>	151	PUREWAY-C.....	152
<i>pindolol</i>	50	PRESERVISION AREDS.....	151	PURIXAN.....	22
<i>pinworm medicine</i>	42	PRESERVISION AREDS 2.....	151	<i>px advanced formula multivits</i>	152
<i>pioglitazone hcl</i>	66	PRESERVISION/LUTEIN.....	151	<i>px allergy</i>	96
<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	47	PRETTY FEET/HANDS.....	169	<i>px allergy relief cetirizine</i>	96
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	19	PREVALITE.....	50	<i>px allergy relief d</i>	105
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	19	<i>prevent</i>	152	<i>px allergy relief d (loratid)</i>	105
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	19	PREVYMIS.....	44	<i>px allergy relief loratadine</i>	96
<i>pirfenidone</i>	98	PREZCOBIX.....	40	<i>px antacid maximum strength</i>	72
PIRMELLA 1/35.....	61	PREZISTA.....	38	<i>px antacid regular strength</i>	72
<i>piroxicam</i>	31	PRIFTIN.....	39	<i>px arthritis pain relief</i>	36
<i>plain niacin</i>	151	<i>primaquine phosphate</i>	43	<i>px artificial tears</i>	91
PLASMA-LYTE 148.....	124	<i>primidone</i>	111	<i>px aspirin</i>	36
PLASMA-LYTE A.....	124	PRIORIX.....	29	<i>px athletic foot</i>	164
PLENAMINE.....	131	PRIVIGEN.....	26	<i>px b complex/vitamin c</i>	152
PLENVU.....	80	<i>probenecid</i>	37	<i>px calamine</i>	169
<i>pna-hrt base</i>	55	PRO-CAL.....	152	<i>px calcium</i>	130
<i>podofilox</i>	169	PROCERV HP.....	152	<i>px childrens allergy</i>	96
<i>poly vitamin</i>	151	<i>prochlorperazine</i>	74	<i>px childrens pain relief</i>	36
POLYCIN.....	89	<i>prochlorperazine edisylate</i>	74	<i>px childrens profen ib</i>	31
<i>polyethylene glycol 3350</i>	55, 80	<i>prochlorperazine maleate</i>	74	PX CHILDRENS VITAMIN.....	152
POLY-IRON 150.....	87	PROCRIT.....	85	<i>px complete senior multivits</i>	152
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	89	PROCTO-MED HC.....	169	<i>px docusate sodium</i>	80
<i>polysaccharide iron complex</i>	87	PROCTOSOL HC.....	169	<i>px fiber</i>	80
<i>polysaccharide-iron complex</i>	87	PROCTOZONE-HC.....	169	<i>px folic acid</i>	152
<i>poly-tussin ac</i>	104	<i>profola</i>	152	<i>px gas relief extra strength</i>	75
<i>polyvinyl alcohol</i>	91	PROGRAF.....	27	<i>px gas relief infants</i>	75
<i>poly-vitaliron</i>	151	PROLASTIN-C.....	99	<i>px gas relief ultra strength</i>	75
<i>polyvitamin/liron</i>	151	PROLENSA.....	90	<i>px ibuprofen junior strength</i>	31
POMALYST.....	23	PROLIA.....	70	<i>px infants profen ib</i>	31
PORTIA-28.....	61	PROMACTA.....	84	<i>px laxative</i>	80
<i>posaconazole</i>	40	<i>promethazine hcl</i>	74	<i>px mens multivitamins</i>	152
<i>potassium chloride</i>	125	<i>promethazine vcl/codeine</i>	105	<i>px miconazole 3-day combo</i>	83
<i>potassium chloride crys er</i>	125	<i>promethazine-codeine</i>	105	<i>px milk of magnesia</i>	80
<i>potassium chloride er</i>	125	<i>promethazine-dm</i>	105	<i>px nasal decongestant</i>	105
<i>potassium chloride in nacl</i>	124	<i>promethazine-phenyleph-codeine</i>	105	<i>px pain relief extra strength</i>	36
<i>potassium citrate er</i>	83	<i>propafenone hcl</i>	49	<i>px stomach relief</i>	73
<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	125	<i>propafenone hcl er</i>	49	<i>px stop smoking aid</i>	122
<i>povidone-iodine</i>	169	<i>proparacaine hcl</i>	91	<i>px triple</i>	162
PRALUENT.....	50	<i>propranolol hcl</i>	50	<i>px vitamin c</i>	152
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	108	<i>propranolol hcl er</i>	50	<i>px vitamin e</i>	152
<i>prasugrel hcl</i>	87	<i>propylthiouracil</i>	56	<i>pyrazinamide</i>	39
<i>pravastatin sodium</i>	49	PROQUAD.....	29	<i>pyridostigmine bromide</i>	119
<i>praziquantel</i>	42	PRORENAL + D.....	152	<i>pyridoxine hcl</i>	152
<i>prazosin hcl</i>	48	PRORENAL + D W/ OMEGA-3.....	152	<i>qc acetaminophen 8 hours</i>	36
<i>prednisolone</i>	70	PROSIGHT.....	152	<i>qc all day allergy</i>	96
<i>prednisolone acetate</i>	90	PROSOL.....	132	<i>qc allergy childrens</i>	96
<i>prednisolone sodium phosphate 70</i> , 90		PROTECT CARDIO AF.....	152	<i>qc allergy relief</i>	96
<i>prednisone</i>	70	PROTECT PLUS SO.....	152	<i>qc antacid</i>	72
PREDNISONE INTENSOL.....	70	PROTEGRA.....	152	<i>qc antacid/anti-gas</i>	72

qc anti-diarrheal.....	73	qc womens daily multivitamin.....	152	ramipril.....	54
qc anti-gas.....	75	q-derm.....	55	ranolazine er.....	53
qc anti-itch extra strength.....	169	Q-GEL FORTE.....	123	rasagiline mesylate.....	108
qc arthritis pain relief.....	36	Q-GEL MEGA.....	123	RAYALDEE.....	57
qc artificial tears.....	91	QINLOCK.....	19	RECLIPSEN.....	61
qc aspirin.....	36	Q-SORB CO Q-10.....	123	RECOMBIVAX HB.....	29
qc aspirin low dose.....	36	QSYMIA.....	122	RECTIV.....	169
qc bacitracin.....	162	QUADRACEL.....	29	reeses pinworm medicine.....	42
qc calamine.....	169	quetiapine fumarate.....	117	REFRESH.....	91
qc calcium fast dissolution.....	130	quetiapine fumarate er.....	117	REFRESH CELLUVISC.....	91
qc cetirizine allergy relief.....	96	quin b strong.....	152	REFRESH DIGITAL.....	91
qc childrens allergy.....	96	quinapril hcl.....	54	REFRESH DIGITAL PF.....	91
qc childrens complete.....	152	quinapril-hydrochlorothiazide.....	52	REFRESH LIQUIGEL.....	91
qc childrens ibuprofen.....	31	quinidine sulfate.....	49	REFRESH OPTIVE.....	92
qc chlor-pheniramine.....	96	quinine sulfate.....	43	REFRESH OPTIVE ADVANCED.....	91
qc complete allergy medicine.....	96	quintabs.....	152	REFRESH OPTIVE ADVANCED	
qc daily multivit/multimineral.....	152	quintabs-m.....	152	PF.....	92
qc daily multivitamins/iron.....	152	ra balanced b-100.....	152	REFRESH OPTIVE MEGA-3.....	92
qc diarrhea relief.....	73	ra balanced b-50.....	152	REFRESH OPTIVE PF.....	92
qc enema.....	80	ra b-complex.....	153	REFRESH PLUS.....	92
qc enteric aspirin.....	36	ra b-complex with b-12.....	153	REFRESH RELIEVA.....	92
qc epsom salt.....	80	ra calcium 600.....	130	REFRESH RELIEVA PF.....	92
qc ferrous sulfate.....	87	ra calcium 600/vitamin d-3.....	130	REFRESH TEARS.....	92
qc fexofenadine hydrochloride.....	96	ra calcium cit plus vit d-3.....	130	REGRANEX.....	162
qc fiber laxative.....	80	ra calcium cit-vit d-3 petites.....	130	REGULOID.....	80
qc gas relief extra strength.....	75	ra calcium plus vitamin d.....	130	REHYDRALYTE.....	126
qc gentle laxative.....	80	RA CENTRAL-VITE.....	153	rejuvacare plus.....	55
qc loratadine allergy relief.....	96	ra central-vite womens mature.....	153	RELENZA DISKHALER.....	44
qc loratadine-d.....	105	ra coenzyme q-10.....	123	RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	64
qc melatonin max st.....	123	ra folic acid.....	153	RELISTOR.....	75
qc mens daily multivitamin.....	152	RA HI CAL.....	130	REMEDY ANTIFUNGAL.....	164
qc miconazole 7.....	83	ra iron.....	87	REMEDY PHYTOPLEX	
qc milk of magnesia.....	80	ra natural magnesium.....	130	ANTIFUNGAL.....	164
qc mucus relief.....	105	ra niacin.....	153	REMICADE.....	25
qc mucus relief childrens.....	105	ra no flush niacin.....	153	RENAL.....	153
qc mucus relief er.....	105	ra one daily energy formula.....	153	RENAL MULTIVITAMIN	
qc mucus relief max st.....	105	ra one daily essential.....	153	FORMULA.....	153
qc multi-vite.....	152	ra one daily maximum.....	153	renal vitamin.....	153
qc multi-vite 50 & over.....	152	ra one daily mens 50+ w/vit d3.....	153	renal-vite.....	153
qc natural vegetable.....	80	ra one daily mens/vit d-3.....	153	RENAPLEX.....	153
qc natura-lax.....	80	ra one daily womens.....	153	RENAPLEX-D.....	153
qc nicotine transdermal system.....	122	ra ped electrolyte freezer pop.....	126	rena-vite.....	153
qc non-aspirin childrens.....	36	ra pediatric electrolyte.....	126	rena-vite rx.....	153
qc non-aspirin extra strength.....	36	ra vitamin a.....	153	RENFLEXIS.....	25
qc pain relief.....	36	ra vitamin b-1.....	153	reno caps.....	154
qc pain relief childrens.....	36	ra vitamin b12.....	153	repaglinide.....	66
qc pain relief extra strength.....	36	ra vitamin b-12.....	153	REQ 49+.....	154
qc pink bismuth.....	73	ra vitamin b-12 tr.....	153	RESTASIS.....	92
qc povidone iodine.....	169	ra vitamin b-6.....	153	RESTASIS MULTIDOSE.....	92
qc prenatal.....	152	ra vitamin c.....	153	RESTORA RX.....	73
qc psyllium fiber.....	80	ra vitamin c cr.....	153	RETEVMO.....	19
qc stool softener.....	80	ra vitamin c/rose hips.....	153	REVLIMID.....	23, 24
qc stool softener pls laxative.....	80	ra vitamin d-3.....	153	REXULTI.....	117
qc suphedrine maximum strength.....	105	ra vitamins complete childrens.....	153	REYATAZ.....	38
qc therin-m.....	152	ra zinc.....	130	REZLIDHIA.....	20
qc tolnaftate.....	164	RABAVERT.....	29	REZUROCK.....	27
qc triple antibiotic max st.....	162	rabeprazole sodium.....	77	RHOPRESSA.....	88
qc tussin cf.....	105	RADIANCE PLATINUM VITAMIN		ribavirin.....	44
qc tussin dm cough/congestion.....	105	D3.....	153	RID LICE KILLING SHAMPOO.....	166
qc tussin mucus/congestion.....	105	raloxifene hcl.....	68	rifabutin.....	39

<i>rifampin</i>	39	<i>senna-lax</i>	80	<i>sm antacid maximum strength</i>	72
<i>riluzole</i>	119	<i>senna-plus</i>	81	<i>sm antacid/antigas</i>	72
<i>rimantadine hcl</i>	44	<i>senna-s</i>	81	<i>sm antibiotic</i>	162
RINVOQ.....	25	<i>senna-tabs</i>	81	<i>sm anti-diarrheal</i>	73
RISABAL-PH.....	169	<i>senna-time</i>	81	<i>sm antifungal clotrimazole</i>	164
RISAMINE.....	169	<i>senna-time s</i>	81	<i>sm antifungal miconazole</i>	164
<i>risedronate sodium</i>	70	<i>sennosides-docusate sodium</i>	81	<i>sm antifungal tolnaftate</i>	164
RISPERDAL CONSTA.....	117	SENOKOT.....	81	<i>sm anti-itch extra strength</i>	169
<i>risperidone</i>	117	SENOKOT S.....	81	<i>sm antioxidant vitamins</i>	154
<i>ritonavir</i>	38	<i>sentry</i>	154	<i>sm antiseptic skin cleanser</i>	169
<i>rivastigmine</i>	113	<i>sentry senior</i>	154	<i>sm arthritis pain relief</i>	36
<i>rivastigmine tartrate</i>	113	SEREVENT DISKUS.....	97	<i>sm arthritis pain reliever</i>	36
RIVELSA.....	62	<i>sertraline hcl</i>	115	<i>sm aspirin</i>	36
<i>rizatriptan benzoate</i>	120	<i>se-tan plus</i>	87	<i>sm aspirin adult low strength</i>	36
<i>robafen cf multi-symptom cold</i>	105	SETLAKIN.....	62	<i>sm aspirin ec</i>	36
ROBAFEN DM CGH/CHEST		<i>sevelamer carbonate</i>	56	<i>sm aspirin low dose</i>	36
CONGEST.....	105	SHAROBEL.....	62	<i>sm athletes foot</i>	164
ROBAFEN DM COUGH.....	105	SHINGRIX.....	29	<i>sm b super vitamin complex</i>	154
ROBAFEN MUCUS/CHEST		SIDEROL.....	154	<i>sm b100 complex</i>	154
CONGESTION.....	105	SIGNIFOR.....	68	<i>sm b-complex</i>	154
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH..	106	<i>silace</i>	81	<i>sm b-complex/vitamin c</i>	154
ROCKLATAN.....	88	<i>siladryl allergy</i>	96	<i>sm benzoin tincture</i>	169
<i>roflumilast</i>	99	<i>sildenafil citrate</i>	54	<i>sm biotin</i>	154
<i>ropinirole hcl</i>	108	<i>siltussin dm das</i>	106	<i>sm calamine</i>	169
<i>rosuvastatin calcium</i>	49	<i>siltussin sa</i>	106	<i>sm calamine phenolated</i>	169
ROTARIX.....	29	<i>siltussin-dm alcohol free</i>	106	<i>sm calcium 500/vitamin d3</i>	130
ROTATEQ.....	29	<i>silver sulfadiazine</i>	162	<i>sm calcium 600/vitamin d</i>	130
ROWEEPRA.....	111	SIMBRINZA.....	88	<i>sm calcium citrate w/vit d3</i>	130
ROZLYTREK.....	20	<i>simethicone</i>	76	<i>sm calcium citrate+vit d3</i>	131
RUBRACA.....	20	<i>simethicone drops infants</i>	75	<i>sm calcium citrate+d3 petite</i>	131
<i>rufinamide</i>	111, 112	<i>simethicone ultra strength</i>	76	<i>sm calcium citrate+vit d3 max</i>	131
RUKOBIA.....	38	SIMLIYA.....	62	<i>sm calcium/vitamin d</i>	131
RYBELSUS.....	66	SIMPESSE.....	62	<i>sm calcium-vitamin d</i>	131
RYDAPT.....	20	<i>simvastatin</i>	49	<i>sm chewable vitamin c</i>	154
<i>rynex pse</i>	106	<i>sinus 12 hour</i>	106	<i>sm childrens ibuprofen</i>	31
SAJAZIR.....	84	<i>sinus congestion max strength</i>	106	<i>sm childrens loratadine</i>	96
SALTSTABLE LO.....	55	<i>sinus nasal spray</i>	106	SM CLEARLAX.....	81
SANDIMMUNE.....	27	<i>sinus relief extra strength</i>	106	<i>sm clotrimazole vaginal</i>	83
SANTYL.....	162	<i>sirolimus</i>	27	<i>sm co q-10</i>	123
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	68	SIRTURO.....	39	<i>sm coenzyme q-10</i>	123
SAVISION.....	154	SIVEXTRO.....	42	<i>sm complete</i>	154
<i>sb calcium + d</i>	130	SKYRIZI.....	25	<i>sm complete 50+</i>	154
<i>sb lice killing max st</i>	166	SKYRIZI PEN.....	25	<i>sm complete 50+ ultimate mens</i>	154
<i>sb oyster shell calcium</i>	130	SLOW FE.....	87	<i>sm complete 50+ ultimate women</i> ..	154
<i>sb vitamin c</i>	154	<i>slow iron</i>	87	<i>sm complete advanced formula</i>	154
<i>scar care</i>	55	<i>slow release iron</i>	87	<i>sm complete senior formula</i>	154
SCSEMBLIX.....	20	SLOW-MAG.....	130	<i>sm cough dm</i>	106
<i>scopolamine</i>	74	<i>sm 3-day vaginal</i>	83	<i>sm cough dm childrens</i>	106
SECUADO.....	117	<i>sm 8 hour pain relief</i>	36	<i>sm dry eye relief</i>	92
<i>selegiline hcl</i>	108	<i>sm all day allergy</i>	96	<i>sm ear drops</i>	170
<i>selenious acid</i>	132	<i>sm all day allergy childrens</i>	96	<i>sm enema</i>	81
<i>selenium sulfide</i>	165	<i>sm all day allergy-d</i>	106	<i>sm epsom salt</i>	81
SELZENTRY.....	38	<i>sm allergy 4 hour</i>	96	<i>sm fexofenadine hcl</i>	96
<i>senexon</i>	80	<i>sm allergy childrens</i>	96	<i>sm fiber</i>	81
SENEXON-S.....	80	<i>sm allergy relief</i>	96	<i>sm folic acid</i>	154
<i>senior tabs</i>	154	<i>sm animal shapes complete</i>	154	<i>sm gas relief</i>	76
<i>senna</i>	80	<i>sm animal shapes kids first</i>	154	<i>sm gas relief antifatulent</i>	76
<i>senna laxative</i>	80	<i>sm antacid</i>	72	<i>sm gas relief extra strength</i>	76
<i>senna plus</i>	80	<i>sm antacid advanced</i>	72	<i>sm gas relief infants</i>	76
<i>senna s</i>	80	<i>sm antacid advanced max st</i>	72	<i>sm gentle laxative</i>	81

<i>sm hair/skin/nails</i>	154	<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	107	STRESSTABS ENERGY	155
<i>sm ibuprofen ib</i>	31	<i>sm vit c/rose hips</i>	154	STRIBILD	40
<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	31	<i>sm vitamin b complex/vitamin c</i>	154	STROVITE FORTE	155
<i>sm infants ibuprofen</i>	31	<i>sm vitamin b1</i>	154	STROVITE ONE	155
<i>sm iron</i>	87	<i>sm vitamin b-12</i>	154	STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN	169
<i>sm iron slow release</i>	87	<i>sm vitamin b12 tr</i>	155	SUBVENITE	112
<i>sm lice killing max strength</i>	166	<i>sm vitamin b6</i>	155	<i>sucralfate</i>	76
<i>sm lice treatment</i>	166	<i>sm vitamin b-6</i>	155	SUDOGEST	107
<i>sm loratadine</i>	96	<i>sm vitamin c</i>	155	<i>sudogest 12 hour</i>	107
<i>sm loratadine allergy relief</i>	96	<i>sm vitamin c cr</i>	155	SUDOGEST MAXIMUM	
<i>sm lorata-dine d</i>	106	<i>sm vitamin c/rose hips</i>	155	STRENGTH	107
<i>sm loratadine d 12hr</i>	106	<i>sm vitamin d</i>	155	<i>sulfacetamide sodium</i>	89
<i>sm lubricant eye drops</i>	92	<i>sm vitamin d3</i>	155	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	161
<i>sm lubricating plus</i>	92	<i>sm vitamin e</i>	155	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	89
<i>sm lubricating tears</i>	92	<i>sm zinc gluconate</i>	131	<i>sulfadiazine</i>	42
<i>sm miconazole 3</i>	83	<i>sodium bicarbonate</i>	72	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	42
<i>sm miconazole 3 applicator</i>	83	<i>sodium chloride</i>	107, 125, 162	SULFAMYLON	163
<i>sm miconazole 7</i>	83	<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	92	<i>sulfasalazine</i>	76
<i>sm milk of magnesia</i>	81	<i>sodium fluoride</i>	125	<i>sulindac</i>	31
<i>sm mucus relief</i>	106	<i>sodium oxybate</i>	120	<i>sumatriptan</i>	120
<i>sm mucus relief max strength</i>	106	<i>sodium phenylbutyrate</i>	68	<i>sumatriptan succinate</i>	120
<i>sm multiple vitamins essential</i>	154	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	57	<i>sumatriptan succinate refill</i>	120
<i>sm multiple vitamins/iron</i>	154	<i>solifenacin succinate</i>	82	<i>sunitinib malate</i>	20
<i>sm nasal decongestant</i>	106	SOLIQUEA	64	SUNLENCA	38
<i>sm nasal decongestant max st</i>	106	<i>solo</i>	155	SUNVITE ADVANCED	155
<i>sm nasal decongestant pe</i>	106	SOLTAMOX	16	<i>super antioxidant</i>	155
<i>sm nasal spray</i>	106	SOLU-CORTEF	70	<i>super aytinal</i>	155
<i>sm nasal spray 12 hour</i>	106	SOMATULINE DEPOT	68	<i>super aytinal 50 plus</i>	155
<i>sm nasal spray moisturizing</i>	106	SOMAVERT	68	<i>super b complex maxi</i>	155
<i>sm nasal spray sinus</i>	106	SOOTHE & COOL INZO		<i>super b complex/fal/vit c</i>	155
<i>sm niacin cr</i>	154	ANTIFUNGAL	164	<i>super b complex/vitamin c</i>	155
<i>sm nicotine</i>	122	<i>sorafenib tosylate</i>	20	<i>super b-complex + vitamin c</i>	155
<i>sm nicotine polacrilex</i>	122	SORBOLENE	169	<i>super b-complex/vit c/fa</i>	155
<i>sm nose drops nasal decongest</i>	106	SORINE	49	<i>super biotin</i>	155
<i>sm one daily mens</i>	154	<i>sotalol hcl</i>	49	<i>super calcium</i>	131
<i>sm one daily womens</i>	154	<i>sotalol hcl (af)</i>	49	<i>super calcium 600 + d 400</i>	131
<i>sm opti-vitamins</i>	154	<i>span c</i>	155	<i>super calcium 600 + d3</i>	131
<i>sm oyster shell calcium/vit d</i>	131	SPECTRAVITE	155	<i>super multiple</i>	155
<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i>	131	<i>spironolactone</i>	48	SUPER NU-THERA	155
<i>sm pain & fever childrens</i>	37	<i>spironolactone-hctz</i>	53	SUPER QUINTS B-50	155
<i>sm pain & fever infants</i>	37	SPRINTEC 28	62	<i>super thera vite m</i>	156
<i>sm pain relief</i>	37	SPRITAM	112	<i>super vita-mins</i>	156
<i>sm pain reliever</i>	37	SPRYCEL	20	<i>superplex-t</i>	156
<i>sm pain reliever childrens</i>	37	SPS	57	<i>suphedrine 12hour</i>	107
<i>sm pain reliever ex st</i>	37	SRONYX	62	<i>support</i>	156
<i>sm pediatric electrolyte</i>	126	SSD	162	SUPPORT-500	156
<i>sm povidone-iodine</i>	169	STELARA	25	SUPREP BOWEL PREP KIT	81
<i>sm senna laxative</i>	81	<i>sterile water for irrigation</i>	162	<i>sv vitamin b-12 er</i>	156
<i>sm senna-s</i>	81	<i>stimulant laxative</i>	81	SYEDA	62
<i>sm slow release iron</i>	87	STIVARGA	20	SYMBICORT	98
<i>sm stomach relief</i>	73	<i>stomach relief</i>	73	SYMDEKO	99
<i>sm stool softener</i>	81	<i>stool softener</i>	81	SYMJEPI	99
<i>sm stool softener/laxative</i>	81	<i>stool softener laxative</i>	81	SYMPAZAN	112
<i>sm super b complex/c</i>	154	<i>stool softener plus laxative</i>	81	SYMTUZA	40
<i>sm triple antibiotic</i>	162	<i>stool softener/laxative</i>	81	SYNAREL	68
<i>sm triple antibiotic max st</i>	162	<i>streptomycin sulfate</i>	42	SYNJARDY	66
<i>sm triple antibiotic original</i>	162	<i>stress formula</i>	155	SYNJARDY XR	66
<i>sm tussin cf</i>	106	<i>stress formula (folic acid)</i>	155	SYNRIBO	23
<i>sm tussin cough/chest congest</i>	106	<i>stress formulaliron</i>	155	SYNTHROID	56
<i>sm tussin dm</i>	106	STRESSTABS ADVANCED	155	SYRSPEND SF	55

SYSTANE.....	92	<i>tgt fiber therapy</i>	81	TING.....	164
SYSTANE BALANCE.....	92	<i>tgt gas relief extra strength</i>	76	TIVICAY.....	38
SYSTANE COMPLETE.....	92	<i>tgt gentle laxative</i>	81	TIVICAY PD.....	38
SYSTANE HYDRATION PF.....	92	<i>tgt ibuprofen childrens</i>	31	<i>tizanidine hcl</i>	109
SYSTANE ICAPS AREDS2.....	156	<i>tgt lubricant eye drops</i>	92	TOBRADEX.....	89
SYSTANE OVERNIGHT		<i>tgt miconazole 7</i>	83	TOBRADEX ST.....	89
THERAPY.....	92	<i>tgt nicotine polacrilex</i>	122	<i>tobramycin</i>	42, 89
SYSTANE PRESERVATIVE FREE.....	92	<i>tgt nicotine step one</i>	122	<i>tobramycin sulfate</i>	42
SYSTANE ULTRA.....	92	<i>tgt nicotine step three</i>	122	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	89
SYSTANE ULTRA PF.....	92	<i>tgt nicotine step two</i>	123	<i>tolnaftate</i>	164
TAB-A-VITE.....	156	TGT POWDERLAX.....	81	<i>tolnaftate antifungal</i>	164
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE....	156	<i>tgt psyllium fiber</i>	81	<i>tolterodine tartrate</i>	82
<i>tab-a-vite/iron</i>	156	<i>tgt stomach relief</i>	73	<i>tolterodine tartrate er</i>	82
TAB-A-VITE/IRON/BETA		THALOMID.....	24	<i>topiramate</i>	112
CAROTENE.....	156	THE MAGIC BULLET.....	81	<i>toremifene citrate</i>	16
TABLOID.....	22	THEO-24.....	99	<i>torsemide</i>	53
TABRECTA.....	20	<i>theophylline</i>	99	<i>total allergy</i>	97
<i>tacrolimus</i>	27, 169	<i>theophylline er</i>	99	<i>total b/c</i>	157
TAFINLAR.....	20	THERA.....	156	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	64
TAGRISSO.....	20	THERA M PLUS.....	156	TOUJEO SOLOSTAR.....	64
TALTZ.....	25	<i>thera vital m</i>	156	TPN ELECTROLYTES.....	125
TALZENNA.....	20	<i>therabasic-m</i>	156	TRADJENTA.....	66
<i>tamoxifen citrate</i>	16	THERA-D 2000.....	156	TRALEMENT.....	132
<i>tamsulosin hcl</i>	83	THERA-D RAPID REPLETION.....	156	<i>tramadol hcl</i>	32
TARINA 24 FE.....	62	THERAGRAN-M.....	156	<i>tramadol-acetaminophen</i>	32
TARINA FE 1/20 EQ.....	62	THERAGRAN-M ADVANCED.....	156	<i>trandolapril</i>	54
TASIGNA.....	20	THERAGRAN-M ADVANCED 50		<i>tranexamic acid</i>	85
<i>tasimelteon</i>	119	PLUS.....	156	<i>tranylcypromine sulfate</i>	115
<i>tazarotene</i>	164	THERAGRAN-M PREMIER.....	156	TRAVASOL.....	132
TAZICEF.....	45	THERAGRAN-M PREMIER 50		TRAZIMERA.....	20
TAZORAC.....	164	PLUS.....	156	<i>trazodone hcl</i>	115
TAZTIA XT.....	51	<i>thera-m</i>	156	TRECATOR.....	39
TAZVERIK.....	20	THERAMILL FORTE.....	156	TRELEGY ELLIPTA.....	97
TDVAX.....	29	<i>therapeutic formula/hematinics</i>	156	<i>treprostinil</i>	54
TECENTRIQ.....	20	<i>therapeutic moisturizing</i>	169	TRESIBA.....	64
TEFLARO.....	45	<i>therapeutic multivit/mineral</i>	156	TRESIBA FLEXTOUCH.....	64
<i>telmisartan</i>	48	<i>therapeutic-m</i>	156	<i>tretinoin</i>	23, 161
<i>telmisartan-amlodipine</i>	52	<i>therapeutic-m/lutein</i>	156	<i>triamcinolone acetonide</i>	161, 166
<i>telmisartan-hctz</i>	52	<i>thera-tabs</i>	156	<i>triamterene-hctz</i>	53
<i>temazepam</i>	119	<i>thera-tabs m</i>	156	<i>tri-buffered aspirin</i>	37
TENIVAC.....	29	THERATEARS.....	92, 93	TRICON.....	87
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	38	THERATRUM COMPLETE.....	156	<i>trientine hcl</i>	57
TEPMETKO.....	20	THERATRUM COMPLETE 50		TRI-ESTARYLLA.....	62
<i>terazosin hcl</i>	48	PLUS.....	156	TRIFERIC.....	87
<i>terbinafine hcl</i>	40, 164	<i>theravim-m</i>	156	<i>trifluoperazine hcl</i>	117
<i>terbutaline sulfate</i>	97	THEREMS.....	157	<i>trifluridine</i>	89
<i>terconazole</i>	83	THEREMS-H.....	157	<i>trigels-f forte</i>	87
<i>teriparatide (recombinant)</i>	70	THEREMS-M.....	157	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	108
<i>testosterone</i>	57	<i>thiamine hcl</i>	157	TRIJARDY XR.....	66
<i>testosterone cypionate</i>	57	<i>thiamine mononitrate</i>	157	TRIKAFTA.....	99
<i>testosterone enanthate</i>	57	<i>thioridazine hcl</i>	117	TRI-LEGEST FE.....	62
<i>tetrabenazine</i>	119	<i>thiothixene</i>	117	TRI-LINYAH.....	62
<i>tetracycline hcl</i>	48	<i>thrive 19</i>	157	TRI-LO-ESTARYLLA.....	62
<i>tgt acetaminophen childrens</i>	37	TIADYLT ER.....	51	TRI-LO-MARZIA.....	62
<i>tgt acetaminophen ex st</i>	37	<i>tiagabine hcl</i>	112	TRI-LO-MILI.....	62
<i>tgt allergy relief</i>	97	TIBSOVO.....	20	TRI-LO-SPRINTEC.....	62
<i>tgt antifungal</i>	164	TICOVAC.....	29	<i>trimethoprim</i>	42
<i>tgt antifungal spray powder</i>	164	<i>tigecycline</i>	48	TRI-MILI.....	62
<i>tgt childrens acetaminophen</i>	37	TILIA FE.....	62	<i>trimipramine maleate</i>	115
<i>tgt childrens ibuprofen</i>	31	<i>timolol maleate</i>	50, 88	TRINTELLIX.....	115

TRI-NYMYO.....	62	valganciclovir hcl.....	44	vinorelbine tartrate.....	23
triphrocaps.....	157	valproate sodium.....	112	viorele.....	62
triple antibiotic.....	163	valproic acid.....	112	VIRACEPT.....	39
triple antibiotic plus.....	163	valsartan.....	48	VIREAD.....	39
triple antibiotic+pain relief.....	163	valsartan-hydrochlorothiazide.....	52	virt-caps.....	157
TRI-SPRINTEC.....	62	VALTOCO 10 MG DOSE.....	112	virt-feba plus.....	87
TRIUMEQ.....	40	VALTOCO 15 MG DOSE.....	112	VIRT-GARD.....	157
TRIUMEQ PD.....	40	VALTOCO 20 MG DOSE.....	112	vision formula 2.....	157
TRIVORA (28).....	62	VALTOCO 5 MG DOSE.....	112	vision formula eye health.....	157
TRI-VYLIBRA.....	62	value plus glucose.....	57	vision formulallutein.....	157
TRI-VYLIBRA LO.....	62	VANADOM.....	109	vision vitamins.....	157
TRIZIVIR.....	40	vancomycin hcl.....	43	VISTA ADVANCED AREDS2	
TROGARZO.....	38	vancomycin hcl in nacl.....	42	FORMULA.....	157
TROPHAMINE.....	132	VANFLYTA.....	21	VISTA ADVANCED DRY EYE	
tropical liquid nutrition.....	157	VANIBASE.....	56	FORMULA.....	157
trospium chloride.....	82	VANICREAM.....	169	vit e-vit c-beta carotene.....	157
TRULICITY.....	66	vanishing cream botanical base.....	56	vita c/bioflavonoids/rose hips.....	157
TRUMENBA.....	29	VAQTA.....	29	vita hair.....	157
TRUSELTIQ (100MG DAILY		varenicline tartrate.....	123	vitabasic complete.....	158
DOSE).....	20	varenicline tartrate (starter).....	123	vitabasic senior.....	158
TRUSELTIQ (125MG DAILY		VARIVAX.....	29	vita-beel/c.....	158
DOSE).....	20	VASCEPA.....	50	vitabex plus.....	158
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE).....	20	v-c forte.....	157	vitachew multiple vitamin.....	158
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE).....	20	vegetable lax+stool softener.....	81	VITAFOL.....	158
TRUXIMA.....	21	VELIVET.....	62	VITAL-D RX.....	158
TUKYSA.....	21	VELPHORO.....	56	vitalee.....	158
TURALIO.....	21	VELTASSA.....	57	VITALETS CHILDRENS.....	158
TUSNEL C.....	107	VELVACHOL.....	169	vitamin a.....	158
tusnel diabetic.....	107	VEMLIDY.....	44	vitamin b + c complex.....	158
TUSNEL-EX.....	107	VENCLEXTA.....	21	vitamin b 12.....	158
tussin cf.....	107	VENCLEXTA STARTING PACK.....	21	vitamin b complex.....	158
tussin cf multi-symptom cold.....	107	VENEXA.....	157	vitamin b-1.....	158
tussin cough.....	107	VENEXA FE.....	157	vitamin b12.....	158
tussin dm.....	107	venlafaxine hcl.....	115	vitamin b-12.....	158
tussin dm cough + chest.....	107	venlafaxine hcl er.....	115	vitamin b-12 er.....	158
tussin mucus & chest congest.....	107	VENOFER.....	87	vitamin b12 tr.....	158
tussin mucus+chest congestion.....	107	VENTAVIS.....	54	vitamin b12-folic acid.....	158
tussin multi-symptom cold cf.....	107	VENTOLIN HFA.....	97	vitamin b6.....	158
TWINRIX.....	29	VENTRIXYL.....	157	vitamin b-6.....	158
TYBOST.....	39	VENTRIXYL FE.....	157	vitamin b-complex.....	158
TYDEMY.....	62	verapamil hcl.....	51	vitamin c.....	158
TYPHIM VI.....	29	verapamil hcl er.....	51	vitamin c drops.....	158
TYRVAYA.....	93	VERQUVO.....	53	vitamin c er.....	158
U-BASE.....	56	VERSACLOZ.....	118	vitamin c plus wild rose hips.....	158
UDAMIN SP.....	157	versatile cream base.....	56	vitamin c/rose hips.....	158
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN		VERSIGEL.....	56	vitamin c/rose hips tr.....	158
KIDS.....	157	VERZENIO.....	21	vitamin c-acerola.....	158
ultra freeda.....	157	VESTURA.....	62	vitamin c-rose hips.....	158
ultra freedaliron.....	157	V-GO 20.....	64	vitamin c-rose hips er.....	158
ULTRA FRESH.....	93	V-GO 30.....	64	vitamin c-rose hips tr.....	158
ultra lubricating eye drops.....	93	V-GO 40.....	65	vitamin d.....	159
ULTRACHOICE ADV FORMULA		VIC-FORTE.....	157	vitamin d (cholecalciferol).....	159
MATURE.....	157	VICTOZA.....	66	vitamin d (ergocalciferol).....	159
ULTRACHOICE ADVANCED		VIENVA.....	62	vitamin d high potency.....	159
FORMULA.....	157	vigabatrin.....	112	vitamin d infant.....	159
unicomplex-m.....	157	VIGADRONE.....	112	VITAMIN D-1000 MAX ST.....	159
UNITHROID.....	56	VIIBRYD STARTER PACK.....	115	vitamin d3.....	159
ursodiol.....	76	vilazodone hcl.....	115	vitamin d-3.....	159
valacyclovir hcl.....	44	VIMPAT.....	112	vitamin d3 complete.....	159
VALCHLOR.....	169	vincristine sulfate.....	23	vitamin d3 maximum strength.....	159

<i>vitamin d3 super strength</i>	159	XARELTO.....	84	<i>zinc oxide</i>	169
<i>vitamin d3 ultra strength</i>	159	XARELTO STARTER PACK.....	84	<i>zinc sulfate</i>	131
<i>vitamin d-400</i>	159	XATMEP.....	26	<i>ziprasidone hcl</i>	118
<i>vitamin e</i>	159	XCEL 100.....	56	<i>ziprasidone mesylate</i>	118
<i>vitamin e blend</i>	159	XCOPRI.....	112, 113	ZIRABEV.....	22
<i>vitamin e water soluble</i>	159	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ..	112	ZIRGAN.....	89
<i>vitamin e-200</i>	159	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ..	112	<i>zoledronic acid</i>	70, 71
<i>vitamin e-400</i>	159	XELJANZ.....	25	ZOLINZA.....	22
<i>vitamin k1</i>	159	XELJANZ XR.....	25	<i>zolmitriptan</i>	120
<i>vitamins acd-fluoride</i>	159	XENICAL.....	68	<i>zolpidem tartrate</i>	119
<i>vitamins a-d-e/selenium</i>	159	XERAC AC.....	169	ZONISADE.....	113
<i>vitamins for hair</i>	159	XERMELO.....	76	<i>zonisamide</i>	113
<i>vitamins/minerals</i>	160	XGEVA.....	70	<i>zoo friends complete</i>	160
VITASANA.....	160	XHANCE.....	99	ZOSTRIX HP.....	169
<i>vitasure</i>	160	XIFAXAN.....	76	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
<i>vitatrum</i>	160	XIGDUO XR.....	66		170
VITATRUM COMPLETE.....	160	XIIDRA.....	93	ZOVIA 1/35 (28).....	63
VITRAKVI.....	21	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	44	ZTALMY.....	113
VITRAMYN.....	160	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	44	ZUMANDIMINE.....	63
VITRANOL.....	160	XOLAIR.....	99	ZYDELIG.....	22
VITRANOL FE.....	160	XOSPATA.....	21	ZYKADIA.....	22
VITREXATE.....	160	XPOVIO (100 MG ONCE		ZYLET.....	89
VITREXATE FE.....	160	WEEKLY).....	21	ZYPREXA RELPREVV.....	118
VITREXYL.....	160	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ..	21	<i>zyvana</i>	160
VITREXYL + IRON.....	160	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ..	21		
<i>vitrum 50+ senior multi</i>	160	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ..	21		
VITRUM SENIOR.....	160	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ..	21		
VIVITROL.....	123	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ..	21		
VIZIMPRO.....	21	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ..	21		
<i>v-max</i>	56	XTANDI.....	16		
VONJO.....	21	XULANE.....	63		
<i>voriconazole</i>	40, 41	XULTOPHY.....	65		
VOSEVI.....	44	<i>xvite</i>	160		
VOTRIENT.....	21	XYREM.....	120		
<i>vp-vite rx</i>	160	YELETS TEENAGE FORMULA....	160		
VRAYLAR.....	118	YF-VAX.....	29		
VYFEMLA.....	63	<i>yl coenzyme q10</i>	123		
VYLIBRA.....	63	<i>yl folic acid</i>	160		
VYZULTA.....	88	<i>yl vitamin b-6</i>	160		
WAL-DRYL ALLERGY.....	97	<i>yl vitamin c</i>	160		
<i>warfarin sodium</i>	84	<i>yl vitamin c-rose hips</i>	160		
<i>wee care</i>	87	YOUR LIFE MULTI ADULT			
WEEKLY-D.....	160	GUMMIES.....	160		
WELIREG.....	23	YUVAFEM.....	69		
WERA.....	63	ZAFEMY.....	63		
<i>wescaps</i>	160	<i>zafirlukast</i>	100		
<i>westab max</i>	160	<i>zaleplon</i>	119		
<i>westab mini</i>	160	ZARXIO.....	85		
<i>westab one</i>	160	ZEASORB-AF.....	164		
<i>west-vite w/folic acid</i>	160	ZEJULA.....	21		
<i>womans laxative</i>	81	ZELBORAF.....	21		
<i>womens 50+ advanced</i>	160	ZEMAIRA.....	99		
<i>womens daily form/fa/cal/fe</i>	160	ZENATANE.....	161		
<i>womens daily formula</i>	160	ZENPEP.....	76		
<i>womens multi</i>	160	ZERVIAE.....	88		
<i>womens multi gummies</i>	160	<i>zidovudine</i>	39		
<i>womens multivitamin</i>	160	ZIEXTENZO.....	85		
<i>wound care</i>	56	<i>zinc</i>	131		
WYMZYA FE.....	63	<i>zinc chloride</i>	132		
XALKORI.....	21	<i>zinc gluconate</i>	131		

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

Para obtener más información reciente o realizar otras preguntas, contáctenos al 1-844-812-6896 y TTY 711, de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m., o visite www.nhpri.org/INTEGRITY. No hemos realizado cambios a este formulario desde el **21/11/2023**.

H9576_PhmdrugList23 Approved 10/07/2022



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