



Neighborhood **INTEGRITY** (plan de Medicare-Medicaid) **2025 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 24 de junio de 2025.

Neighborhood INTEGRITY| *Lista de Medicamentos Cubiertos 2025 (Lista de medicamentos o Formulario)*

Introducción

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

Índice

A. Renuncias de garantías.....	4
B. Preguntas frecuentes (FAQ).....	4
B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Para abreviar, también llamamos “Lista de medicamentos” a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> .).....	4
B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?	5
B3. ¿Qué sucede si hay una modificación en la Lista de medicamentos?	6
B4. ¿Existen restricciones o limitaciones para la cobertura de medicamentos o requisitos que se deban cumplir para obtener ciertos medicamentos?	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?	10
B10. ¿Puedo solicitar una excepción que cubra mi medicamento?	11

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



B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?.....	11
B12. ¿Cuánto demora obtener una excepción?.....	11
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	11
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación guardan con los biosimilares?	12
B15. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?	12
B16. ¿Neighborhood INTEGRITY cubre productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?	12
B17. ¿Cuál es mi copago?	13
B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	13
C. Breve resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	13
C1. Medicamentos agrupados por condición médica.....	14
D. Índice de medicamentos cubiertos	170

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



A. Renuncias de garantías

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

- ❖ Neighborhood INTEGRITY es un plan de salud que posee un contrato tanto con Medicare como con Medicaid de Rhode Island para brindar beneficios de ambos programas a los inscritos.
- ❖ 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.
- ❖ Este documento está disponible en español, portugués y jemer de manera gratuita.
- ❖ Puede solicitar este documento y los materiales que se publiquen en el futuro en su idioma de preferencia y/o en un formato alternativo, comunicándose con el Servicio de atención a los miembros. Esto se denomina “solicitud vigente”. El Servicio de atención a los miembros registrará su solicitud vigente en el expediente de miembro para que pueda recibir materiales ahora y en el futuro en su idioma y/o formato de preferencia. Puede modificar o cancelar su solicitud vigente en cualquier momento comunicándose con el Servicio de atención a los miembros.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

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

Los medicamentos que figuran en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* en la sección C 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”.

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.



- 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:

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

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

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

- aparezca en el mercado un nuevo medicamento más económico que funciona igual de bien que un medicamento que está actualmente en la Lista de medicamentos, **o**

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.



- nos enteremos de que el medicamento no es seguro, o
- el medicamento sea retirado del mercado.

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

- Usted siempre puede consultar la Lista actualizada de medicamentos de Neighborhood INTEGRITY en línea en www.nhpri.org/INTEGRITY. Las actualizaciones de la *Lista de Medicamentos* se publican mensualmente en el sitio web.
- 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:

- **Reemplazos de nuevas versiones de medicamentos determinados.** Podemos eliminar inmediatamente los medicamentos de la Lista de medicamentos, si los sustituimos por nuevas versiones determinadas de ese medicamento, pero el costo que usted pagará por el nuevo medicamento será el mismo. Cuando incorporemos la nueva versión del medicamento, también es posible que decidamos conservar el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista pero modifiquemos sus reglas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez que lo hayamos realizado.
 - Podemos realizar estos cambios solo si el medicamento que añadimos:
 - Es una nueva versión genérica del medicamento de marca, o
 - Es una nueva versión biosimilar determinada de productos biológicos originales de la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, la adición de un biosimilar intercambiable que puede sustituir a un producto biológico original sin necesidad de una nueva receta).

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para más información, consulte la sección B14.

- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos límites. Le enviaremos una notificación con los pasos a seguir para solicitar una

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.



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 efectivo o el fabricante de un medicamento decide retirarlo del mercado, podemos eliminarlo inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si usted está tomando dicho medicamento, le enviaremos una notificación luego de realizar este cambio. 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,
- eliminamos un medicamento de marca de la Lista de medicamentos al añadir un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado o
- eliminamos un producto biológico original al añadir un biosimilar o
- modificamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios, nosotros:

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

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

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

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 la sección C. 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 sección C 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 sección D.

Para buscar **por enfermedad**, busque la sección denominada “Drugs Grouped by Medical Condition” (“Medicamentos agrupados por enfermedad”) en la sección C1. 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.

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.



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

Nosotros podemos ayudar. Podemos cubrir un suministro temporal para 30 días de su medicamento de la Parte D o un suministro para 90 días de su medicamento cubierto por Rhode Island Medicaid durante los primeros 90 días que usted sea miembro de Neighborhood INTEGRITY. Esto le dará tiempo de hablar con su médico o con el profesional que le receta el medicamento. El médico le ayudará a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que usted pueda tomar o si debe pedir una excepción.

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

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

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

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

- 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.

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



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

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

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

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

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

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

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

B12. ¿Cuánto demora obtener una excepción?

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

Si 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 funcionan igual de bien. Usualmente, no tienen nombres muy conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos 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.



marca. Por lo general, los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

Neighborhood INTEGRITY cubre medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación guardan con los biosimilares?

Cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos comunes. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos comunes, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Para más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el capítulo 5 del *Manual del miembro*.

B15. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?

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

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

B16. ¿Neighborhood INTEGRITY cubre productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?

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

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

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

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.



B17. ¿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.

B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

Los niveles son grupos de medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos*. Todos los niveles no tienen copagos según su plan de Neighborhood INTEGRITY.

- 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 ajenos a Medicare y los artículos y medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos ajenos a Medicare.

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

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

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

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.”

- 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 previamente.
- 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

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 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 recetante 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. También puede leer el Capítulo 9 del *Manual del miembro* para saber cómo apelar una decisión.

C1. Medicamentos agrupados por condición médica

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

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

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

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

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

B/D = Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare. Según las circunstancias, es posible que se solicite una autorización previa (aprobación). Quizás resulte necesario presentar información en la cual se describa por qué y dónde (en qué entorno) utiliza este medicamento.

DP = Este medicamento no corresponde a la Parte D.

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

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

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



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
Agentes Alquilantes		
<i>bendamustine hcl intravenous solution 100 mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml, 450 mg/45ml, 50 mg/5ml, 600 mg/60ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/2ml, 1 gm/5ml, 1000 mg/10ml, 2 gm/10ml, 2 gm/4ml, 2000 mg/20ml, 500 mg/2.5ml, 500 mg/5ml, 500 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
FRINDOVYX INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/2ML, 2 GM/4ML, 500 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 2)	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml, 200 mg/40ml, 50 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>vivimusta intravenous solution 100 mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
Agentes Antineoplásicos Hormonales		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
ABIRTEGA ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	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; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
Agentes Moleculares Dirigidos		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 cápsulas cada 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 cápsulas cada 30 días); NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>bortezomib injection solution reconstituted 3.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (150 cápsulas cada 25 días); NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (360 cápsulas cada 30 días); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 cápsulas cada 28 días); NDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 cápsulas cada 28 días); NDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 cápsulas cada 28 días); NDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 cápsulas cada 28 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece 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; QL (63 tabletas cada 28 días); NDS
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (150 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 cápsulas cada 28 días); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (168 cápsulas cada 28 días); NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 cápsulas cada 28 días); NDS
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE 1 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (168 tabletas cada 28 días); NDS
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (21 tabletas cada 28 días); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; 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; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (216 ml cada 27 días); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>imkeldi oral solution 80 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (280 ml cada 28 días); NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
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
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 cápsulas cada 30 días); NDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; 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; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; 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; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 tabletas cada 30 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (140 tabletas cada 28 días); NDS
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1260 ml cada 30 días); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 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; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (96 ml cada 28 días); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (24 tabletas cada 28 días); NDS
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 tabletas cada 28 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 60-60-2000 MG-MG-U/ML, 80-40-2000 MG-MG-U/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 cápsulas cada 28 días); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (336 paquetes cada 28 días); NDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (224 cápsulas cada 28 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (300 tabletas cada 30 días); NDS
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (900 tabletas cada 30 días); NDS
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; 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; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 cápsulas cada 28 días); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1875-30000 MG-UT/15ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 frasco cada 21 días); NDS
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
TORPENZ ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (64 tabletas cada 28 días); NDS
TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK 160 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 paquetes cada 28 días); NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 tabletas cada 28 días)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (42 tabletas cada 28 días); NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (300 ml cada 30 días); NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 cápsulas cada 30 días); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (24 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 tabletas cada 28 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (32 tabletas cada 28 días); NDS
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 tabletas cada 28 días); 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)	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
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; QL (5 tabletas cada 28 días); NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (100 tabletas cada 28 días); NDS
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (80 tabletas cada 28 días); NDS
<i>mercaptopurine oral suspension 2000 mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 2)	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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (14 tabletas cada 28 días); NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Diversos		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 28 días); NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (300 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; 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
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
Inhibidores Mitóticos		
<i>docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
DOCIVYX INTRAVENOUS SOLUTION 160 MG/16ML, 20 MG/2ML, 80 MG/8ML	\$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; QL (28 cápsulas cada 28 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>lenalidomide oral capsule 20 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 cápsulas cada 28 días); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 cápsulas cada 28 días); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 cápsulas cada 28 días); NDS
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoinmunes		
<i>adalimumab-aacf (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 plumas cada 365 días); NDS
<i>adalimumab-aacf (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 jeringas cada 365 días); NDS
<i>adalimumab-aacf(cd/uc/hs str) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año); NDS
<i>adalimumab-aacf(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año); NDS
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (32 jeringas cada 365 días); NDS
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 125 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (32 plumas cada 365 días); NDS
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (32 plumas cada 365 días); NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (32 jeringas cada 365 días); NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 jeringas cada 365 días); NDS
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 plumas cada 365 días); NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días); NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 jeringas cada 28 días); 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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 28 días); NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 jeringas cada 28 días); NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 jeringas cada 28 días); NDS
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 plumas cada 28 días); NDS
IDACIO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 plumas cada 365 días); NDS
IDACIO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 jeringas cada 365 días); NDS
IDACIO-CROHNS/UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año); NDS
IDACIO-PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año); NDS
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PYZCHIVA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 jeringa cada 28 días)
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (360 ml cada 30 días); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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; 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
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; 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
TREMFYA CROHNS INDUCTION SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 plumas cada 28 días); NDS
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 28 días); NDS
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 plumas cada 28 días); NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 28 días); NDS
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML, 400 MG/20ML, 80 MG/4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días); NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 jeringas cada 28 días); NDS
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 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
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0 (Nivel 2)	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 frasco cada 28 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 jeringa cada 28 días)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
Fármacos Antirreumáticos Modificadores De La Enfermedad (Farme)		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
<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		
ALYGLO INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0 (Nivel 2)	B/D
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 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 100 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Inmunosupresores		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
<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; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
Vacunas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nivel 1)	
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nivel 1)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nivel 1)	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	\$0 (Nivel 1)	
DENG VAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lf/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML	\$0 (Nivel 1)	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720 EL U/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	\$0 (Nivel 1)	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	\$0 (Nivel 1)	
I POL INJECTION INJECTABLE	\$0 (Nivel 1)	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 1)	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	QL (2 frascos por vida)
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	\$0 (Nivel 1)	B/D
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0 (Nivel 1)	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML	\$0 (Nivel 1)	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	\$0 (Nivel 1)	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	\$0 (Nivel 1)	
ANALGÉSICOS		
Aine		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml, 200 mg/10ml</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>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>ft ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft ibuprofen ib childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
IBU ORAL TABLET 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml, 200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>meijer ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<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 sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>qc childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm 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 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Analgésicos Opioides, De Acción Prolongada		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (4 parches cada 28 días)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hr, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hr, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (10 parches cada 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	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)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece 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>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 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 ml cada 30 días)
<i>morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 2 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 concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 ml cada 30 días)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
Diversos		
<i>8 hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen 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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>acetaminophen er oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen oral 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, 650 mg/20.3ml, 80 mg/2.5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen oral tablet 325 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen rectal suppository 120 mg, 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
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>arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin adult low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin ec adult low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin ec low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin rectal suppository 300 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin regimen oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens apap oral tablet chewable 80 mg</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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
FEVERALL JUNIOR STRENGTH RECTAL SUPPOSITORY 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft children's pain/fever oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft enteric coated aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft pain relief adult extra st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$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 oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp aspirin oral tablet 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 children's pain & fever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp infants pain/fever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense aspirin 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 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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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 pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<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
<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
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
<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>pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain relief oral liquid 500 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain relief regular strength oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARBETOL EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARBETOL ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc acetaminophen 8 hours oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc acetaminophen infants oral suspension 160 mg/5ml</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 enteric aspirin oral tablet delayed release 325 mg</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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<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)	
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 tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	\$0 (Nivel 2)	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)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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 75 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (480 tabletas cada 30 días)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	\$0 (Nivel 2)	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)	NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0 (Nivel 2)	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Antituberculosos		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	
Agentes Combinados Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>trimeq pd oral tablet soluble 60-5-30 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
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>casopofungin 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)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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>miconazole sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (600 ml cada 28 días); NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (480 tabletas cada 30 días)
Antiinfectivos, Varios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (672 tabletas cada año); NDS
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (300 ml cada 30 días)
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
CARESTART COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; 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</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
CLINITEST RAPID COVID-19 TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>covid-19 at-home test in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs covid-19 at home test kit in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>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
DIATRUST COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ellume covid-19 home test in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (12 tabletas cada año); NDS
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gnp antibacterial urinary pain oral tablet 162-162.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
INDICAID COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (12 tabletas cada 90 días)
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (1800 ml cada 30 días); NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (6 tabletas cada 30 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>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>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>qc urinary pain relief oral tablet 162-162.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>reeses pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece 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, 1.25 gm, 1.5 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 1)	
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	ST; NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (336 tabletas cada 28 días); NDS
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)
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (40 tabletas cada 90 días)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 90 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PAXLOVID ORAL TABLET THERAPY PACK 6 X 150 MG & 5 X 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (22 tabletas cada 90 días)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (6 inhaladores cada año)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
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 oral capsule 250 mg, 500 mg</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, 3 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-%, 3-4 gm/150ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution reconstituted 1-4 gm-%(50ml), 2-3 gm-%(50ml), 3-2 gm-%(50ml)</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)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefotetan disodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftazidime 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)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 1)	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 1)	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	\$0 (Nivel 2)	
<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		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 5000000 UNIT	\$0 (Nivel 1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 14 días); NDS
tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 1)	
tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg	\$0 (Nivel 2)	NDS
CARDIOVASCULAR		
Alfabloqueantes		
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (Nivel 1)	
prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
Antagonistas Del Receptor De Aldosterona		
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
Antagonistas Del Receptor De Angiotensina li		
candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
candesartan cilexetil oral tablet 32 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
valsartan oral tablet 320 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Antiarrítmicos		
amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml	\$0 (Nivel 1)	
amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0 (Nivel 1)	
disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg	\$0 (Nivel 2)	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	\$0 (Nivel 1)	
flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 1)	
propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg	\$0 (Nivel 1)	
propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	\$0 (Nivel 1)	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	\$0 (Nivel 1)	
sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	
sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0 (Nivel 1)	
PREVALITE ORAL POWDER 4 GM/DOSE	\$0 (Nivel 1)	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0 (Nivel 2)	
Betabloqueadores		
acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg	\$0 (Nivel 1)	
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (Nivel 1)	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	\$0 (Nivel 1)	
labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	
nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
nebivolol hcl oral tablet 20 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	
propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	
propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
Bloqueadores De Los Canales De Calcio		
amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 1)	
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (Nivel 1)	
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0 (Nivel 1)	
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (Nivel 1)	
diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml	\$0 (Nivel 1)	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (Nivel 1)	
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (Nivel 1)	
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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)	
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Combinaciones Beta-Bloqueadores/Diuréticos		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Combinaciones De Antagonistas Del Receptor De Angiotensina II		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (240 cápsulas cada 30 días)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Combinaciones De Inhibidores De Eca		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Diuréticos		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Diversos		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	QL (450 ml cada 30 días)
<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>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<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)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
Hipertensión Arterial Pulmonar		
ALYQ ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; 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>tadalafil (pah) oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; 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)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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)	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0 (Nivel 1)	
DIVERSOS		
Diversos		
<i>1st base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ARBEM H-COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
ARBEM LIOPEN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>az cream external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BASE PCCA CLARIFYING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
CLEODERM 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>hm petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrous emulsified base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>microderm base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MICROSOME BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oral suspend oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ORAPENN SD ANHYD SWEETENED ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
ORA-PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
PCCA BASE 7542 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PCCA EMOLLIENT CREAM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PFCB EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE ANTIOXIDANT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC NATURAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE LIGHT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE VAGINAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHYTOBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc petroleum jelly external gel 99.89 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>scar care external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm alcohol solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SYRSPEND SF ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
U-BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
VANIBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vanishing cream botanical base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>versatile cream base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VERSIGEL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>white petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>wound care external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
XCEL 100 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
ENDOCRINO Y METABÓLICO		
Agentes 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)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Elevadores De Glucosa		
<i>cvs glucose oral gel 40 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
GLUTOSE 5 ORAL GEL 40 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>value plus glucose oral gel 40 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6ML	\$0 (Nivel 2)	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.6 MG/0.6ML	\$0 (Nivel 2)	
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
KIONEX COMBINATION SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (Nivel 1)	
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 (SODIUM POLYSTYRENE SULF) COMBINATION SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (Nivel 1)	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) RECTAL SUSPENSION 30 GM/120ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
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
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 200 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (600 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (300 g cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (150 g cada 30 días)
Anticonceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>aimsco lubricated</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
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)	
AMETHYST ORAL TABLET 90-20 MCG	\$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 EQ 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 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
DASETTA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
DAYSEE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
DOLISHALE ORAL TABLET 90-20 MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.02-0.451 mg, 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)	
DUREX REALFEEL DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
EMZAHH ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
ENILLORING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nivel 1)	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
FANTASY LUBRICATED	\$0 (Nivel 3)	DP
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 (Nivel 3)	DP
FC2 FEMALE CONDOM	\$0 (Nivel 3)	DP
FEIRZA 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
FEIRZA 1/20 ORAL TABLET 1-20 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)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)	
<i>kimono</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
KIMONO COLORS DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
KIMONO MAXX-LARGE FLARE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kimono micro thin</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kimono micro thin plus</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kimono plus</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kimono sensation</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kimono sensation plus</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
KIMONO SPECIAL DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LARIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LAYOLIS FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
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, 90-20 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)	
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY	\$0 (Nivel 2)	
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)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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>maxx</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxx plus</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 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)	
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG	\$0 (Nivel 2)	
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 1)	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	\$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</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</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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)	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
PHILITH ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 1)	
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
REALITY LATEX CONDOMS	\$0 (Nivel 3)	DP
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
RIVELSA ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0 (Nivel 1)	
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
SIMLIYA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 1)	
SIMPESSE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
TARINA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LINYAH ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-MARZIA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)	
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDERED	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX NON-LUBRICATED	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX RIA LUBRICATED	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD	\$0 (Nivel 3)	DP
TURQOZ ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
TYDEMY ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG	\$0 (Nivel 1)	
VALTYA 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0 (Nivel 1)	
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 1)	
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	\$0 (Nivel 1)	
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
WERA ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
XARAH FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
XELRIA 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)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
Antidiabéticos, Insulinas		
ADMELOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nivel 2)	PA
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
CEQUR SIMPLICITY 2U DEVICE	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (10 parches cada 30 días)
CEQUR SIMPLICITY 2U DEVICE	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 parches cada 24 días)
CEQUR SIMPLICITY INSERTER	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 insertadores al año)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	\$0 (Nivel 2)	PA
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)	PA
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
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
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)	PA
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0 (Nivel 2)	PA
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)	
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)	
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)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (75 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 2 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 28 días)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 28 días)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 28 días)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
Diversos		
ALDURAZYPE INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>betaine oral powder</i>	\$0 (Nivel 2)	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; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>charcoal powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
CVS KETONE CARE IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 3)	DP
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA
<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; NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
GENOTROPIN MINISQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA
GENOTROPIN MINISQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 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; NDS
JAVYGTOR ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
JAVYGTOR ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
KETO-DIASTIX IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lanreotide acetate subcutaneous solution 120 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; 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; NDS
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; 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; 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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA
Estrógenos		
DOTTI TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	\$0 (Nivel 1)	
Glucocorticoides		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<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)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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>dexamethasone sodium phosphate injection solution prefilled syringe 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>hydrocortisone sod suc (pf) injection solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	\$0 (Nivel 1)	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	
Non-Frf		
ADIPEX-P ORAL TABLET 37.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzphetamine hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diethylpropion hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>orlistat oral capsule 120 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
QSYMIA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11.25-69 MG, 15-92 MG, 3.75-23 MG, 7.5-46 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
XENICAL ORAL CAPSULE 120 MG	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Progestinas		
GALLIFREY ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 1)	
<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)	
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Reguladores De Calcio		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	\$0 (Nivel 1)	ST
<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
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<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)	ST
<i>teriparatide 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
<i>zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Del Receptor H2		
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antiácidos		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>alum & mag hydroxide-simeth oral suspension 1200-1200-120 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid & antigas oral suspension 2400-2400-240 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid calcium oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid calcium rich oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml, 800-800-80 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid oral suspension 400-400-40 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid/antigas oral suspension 400-400-40 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CAL-GEST ANTACID ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft antacid & antigas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft antacid regular strength oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-lanta maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-lanta oral suspension 1200-1200-120 mg/30ml, 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<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 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp magnesium oxide oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense advanced antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense antacid & gas relief oral suspension 400-400-40 mg/10ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HEALTHY MAMA TAME THE FLAME ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$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 250 mg, 400 mg, 420 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium-aluminum-simethicone oral suspension 2400-2400-240 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
MAOX ORAL TABLET 420 MG	\$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>qc antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium bicarbonate oral powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TUMS ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
Antidiarreicos		
<i>anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>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>ft anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp loperamide hcl oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pink bismuth oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pink bismuth oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pink bismuth ultra str oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>loperamide hcl oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loperamide hcl oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>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 stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RESTORA RX ORAL CAPSULE 60-1.25 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb anti-diarrhea oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stomach relief oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stomach relief extra strength oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stomach relief oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml</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
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>promethazine hcl oral solution 6.25 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (10 parches cada 30 días)
Antiespasmódicos		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
Diversos		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>alosetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ft gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml, 40 mg/0.6ml</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; NDS
<i>gnp anti-gas oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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>infants gas relief 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
PHAZYME ULTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 180 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 jeringas cada 28 días); NDS
<i>simethicone drops infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<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 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>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>teeny tummy gas relief drops oral suspension 20 mg/0.3ml</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)	
VOWST ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (12 cápsulas cada 30 días); NDS
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
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, 60000-189600 UNIT	\$0 (Nivel 2)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)	QL (1680 ml cada 28 días)
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 supositorios cada 30 días)
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (28 botellas cada 28 días)
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
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 oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bisacodyl rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
COLACE 2-IN-1 ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
COLACE CLEAR ORAL CAPSULE 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)	
<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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
DOCUSOL KIDS RECTAL ENEMA 100 MG/5ML	\$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 KIDS MINI ENEMA RECTAL ENEMA 100 MG/5ML	\$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 ORAL POWDER	\$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
<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>ft clearlax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft senna laxatives oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft stool softener oral tablet 50-8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gavilax oral packet 17 gm, 8.5 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)	
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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, 1.2 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 milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp natural fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp natural fiber oral powder 28.3 %</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/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
<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 enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HEALTHYLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp bisacodyl oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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>laxative max str oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>laxative regular strength oral tablet 15 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml, 2400 mg/30ml, 400 mg/5ml, 7.75 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MIRALAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>natural psyllium seed oral powder 100 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>natural senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ONELAX DOCUSATE SODIUM ORAL LIQUID 50 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
ONELAX RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ONELAX SENNA ORAL SYRUP 8.8 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA-LAX ORAL LIQUID 50 MG/15ML	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA-LAX RECTAL SUPPOSITORY 2.8 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>peg 3350 oral packet 17 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>peg 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0 (Nivel 2)	
<i>polyethylene glycol 3350 oral packet 17 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>psyllium fiber oral capsule 0.52 gm</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 mineral oil heavy oral oil</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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>qc vegetable laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REGULOID ORAL CAPSULE 400 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
REGULOID ORAL POWDER 28.3 %, 43 %, 51.7 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senexon-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral capsule 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral liquid 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral syrup 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-tabs oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-time oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-time s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sennosides-docusate sodium oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SENOKOT EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 17.2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
SENOKOT ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
SENOKOT S ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
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 %, 43 %, 58.6 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fiber powder oral powder 25 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm 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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
GENITOURINARIO		
Antiespasmódicos Urinarios		
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (300 ml cada 28 días)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<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)	QL (600 ml cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
Antiinfecciosos Vaginales		
<i>3 day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>7 day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp miconazole 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>miconazole 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %</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
MONISTAT 1 DAY OR NIGHT VAGINAL KIT 1200 & 2 MG & %	\$0 (Nivel 3)	DP
MONISTAT 3 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nivel 3)	DP
MONISTAT 3 VAGINAL CREAM 4 %	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
MONISTAT 7 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 100 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nivel 3)	DP
MONISTAT 7 SIMPLY CURE VAGINAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc 3 day vaginal cream 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm 3-day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm clotrimazole vaginal vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 3 applicator vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 7 vaginal suppository 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Diversos		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	\$0 (Nivel 1)	
Hiperplasia Prostática Benigna		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 150 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (74 tabletas cada 30 días)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (74 tabletas cada 30 días)
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 25000-0.45 utl/500ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>heparin sodium (porcine) pf injection solution 1000 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>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<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		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
ALVAIZ ORAL TABLET 54 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; 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; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 frascos cada 30 días); NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; 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>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (9 jeringas cada 30 días); NDS
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	
SIKLOS ORAL TABLET 1000 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Factores De Crecimiento Hematopoyéticos		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 28 días); NDS
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
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>cvs slow release dried iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs slow release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq slow-release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq iron supplement therapy oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION 510 MG/17ML	\$0 (Nivel 3)	DP
FERATE ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FERGON ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FERIVA 21/7 (WITH DOCUSATE) ORAL TABLET 75-1 MG	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
<i>ferocon oral capsule</i>	\$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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous fumarate oral tablet 29 mg, 324 (106 fe) mg, 324 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous gluconate oral tablet 240 (27 fe) mg, 324 (37.5 fe) mg, 324 (38 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous sulfate er oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous sulfate oral solution 220 (44 fe) mg/5ml, 300 mg/6.8ml</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 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMATEX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hematinic/folic acid oral tablet 324-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
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
HEMOCYTE PLUS ORAL CAPSULE 106-1 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 folate plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron folate-f oral capsule 125-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron high-potency oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg, 90 (18 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron slow release oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>iron supplement oral solution 220 (44 fe) mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
IRON UP ORAL LIQUID 15 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp ferrous gluconate oral tablet 324 (37.5 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MONOFERRIC INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/10ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MULTIGEN ORAL TABLET 70 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MULTIGEN PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution 12.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHRON FA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
NIFEREX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
NOVAFERRUM 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
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE VITE FERROUS SULFATE ORAL SOLUTION 220 (44 FE) MG/5ML	\$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 high potency iron oral tablet 27 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra iron oral tablet 27 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra slow release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>se-tan plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>slow iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg, 45 mg, 47.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm iron oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm iron slow release oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm slow release dried iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm slow release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sv iron oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TANDEM ORAL CAPSULE 53-53 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
TANDEM PLUS ORAL CAPSULE 162-115.2-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
TRICON ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>trigels-f forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>true ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRON-C ORAL TABLET 65-125 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>wee care oral suspension 15 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Inhibidores De Agregación Plaquetaria		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
OFTÁLMICOS		
Antialérgicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
NAPHCN-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
OPCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.027-0.315 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ZERVATE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0 (Nivel 2)	
Antiglaucoma		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	\$0 (Nivel 2)	
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	\$0 (Nivel 2)	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0 (Nivel 2)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	\$0 (Nivel 2)	
Antiinfectivos/Antiinflamatorios		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (Nivel 1)	
NEO-POLYCIN HC OPHTHALMIC OINTMENT 1 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0 (Nivel 2)	
<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)	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 ml cada 30 días)
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)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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)	
XDEMZY OPTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ZIRGAN OPTHALMIC GEL 0.15 %	\$0 (Nivel 2)	
Antiinflamatorios		
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %, 0.075 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
FLAREX OPTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
LOTEMAX OPTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
Diversos		
ALCON TEARS OPTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>artificial tears ophthalmic solution , 0.2-0.2-1 %, 0.5-0.6 %</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)	
BION TEARS PF OPTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<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 OPTHALMIC SOLUTION 5-6 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
CYSTADROPS OPTHALMIC SOLUTION 0.37 %	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
CYSTARAN OPTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>dry eye relief drops ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
EYSUVIS OPTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nivel 2)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
GENTEAL SEVERE OPHTHALMIC GEL 0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS MODERATE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.2-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS SEVERE DAY/NIGHT OPHTHALMIC GEL 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$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>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
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION 1.338 GM/ML	\$0 (Nivel 2)	
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>qc artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH CELLUVISC OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH DIGITAL OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH DIGITAL PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH LIQUIGEL OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPHTHALMIC SOLUTION 1.4-0.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE MEGA-3 OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE OPHTHALMIC GEL 1-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
SOOTHE XP OPHTHALMIC SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
SOOTHE XP XTRA PROTECTION OPHTHALMIC SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
STYE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.6 %	\$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 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
THERATEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRA FRESH OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ultra lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ultra lubricating eye drops pf ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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>12hr allergy relief oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>24hr allergy relief oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aler-cap oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all-day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aller-chlor oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>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 capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy rel child (loratadine) oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief (loratadine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief cetirizine oral tablet 10 mg, 5 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, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 alrly 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 3)	DP
<i>cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ml cada 30 días)
<i>cetirizine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>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>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>ft all day allergy 24 hour oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft all day allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft allergy relief 12 hour oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft allergy relief 24 hour oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft allergy relief childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft allergy relief childrens oral tablet chewable 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft allergy relief oral tablet 25 mg, 4 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
<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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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 child oral solution 5 mg/5ml</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 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)	QL (300 ml cada 30 días)
<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)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<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>loratadine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAXALLERGY KIDS ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$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>qc all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>qc allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc allergy relief oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc loratadine allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb loratadine oral tablet 10 mg</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 all day allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm allergy relief oral tablet 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
<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)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nivel 2)	QL (4 inhaladores cada 28 días)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (60 blísteres cada 30 días)
Combinaciones De Esteroides/Beta Agonistas		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (3 inhaladores 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)
BREYNA INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	\$0 (Nivel 1)	QL (3 inhaladores cada 30 días)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 inhaladores cada 30 días)
DULERA INHALATION AEROSOL 100-5 MCG/ACT, 200-5 MCG/ACT, 50-5 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (3 inhaladores cada 30 días)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 inhalaciones cada 30 días)
WIXELA INHUB INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	\$0 (Nivel 1)	QL (60 inhalaciones cada 30 días)
Diversos		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
AEROCHAMBER MINI CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER MV	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROVENT PLUS DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (560 cápsulas cada 28 días); NDS
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cromolyn sodium nasal aerosol solution 5.2 mg/act</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
EASIVENT	\$0 (Nivel 3)	DP
EASIVENT MASK LARGE	\$0 (Nivel 3)	DP
EASIVENT MASK MEDIUM	\$0 (Nivel 3)	DP
EASIVENT MASK SMALL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>eq space chamber anti-static device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq space chamber anti-static l device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq space chamber anti-static m device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq space chamber anti-static s device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 28 días); NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
FLEXICHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
INSPIREASE	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 paquetes cada 28 días); NDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
MICROCHAMBER	\$0 (Nivel 3)	DP
MICROCHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
MICROSPACER	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>neti pot sinus wash nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
OPTICHAMBER DIAMOND	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK	\$0 (Nivel 3)	DP
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 paquetes cada 28 días); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (270 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (270 tabletas cada 30 días); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
POCKET CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
POCKET SPACER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pro comfort spacer adult</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pro comfort spacer child</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pro comfort spacer infant device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>procare spacer/adult mask device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>procare spacer/child mask device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>pure comfort spacer chamber device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RITEFLO DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (56 tabletas cada año)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; 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; QL (56 paquetes cada 28 días); NDS
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/TODDLER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 plumas cada 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 jeringas cada 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 frascos cada 28 días); NDS
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 4000 MG, 5000 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; 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		
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 160 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 80 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (3 inhaladores cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (30 inhalaciones cada 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
Moduladores De Leucotrieno		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
DELSYM COUGH CHILDRENS ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
DELSYM COUGH/CHEST CONGEST DM ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
DELSYM ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextromethorphan hbr oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextromethorphan polistirex er oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ed-a-hist dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft 12 hour cough relief oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft allergy relief-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft mucus relief 12hr oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft nasal decongestant max str oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft tussin adult oral liquid 200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft tussin cf adult oral liquid 10-20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-tussin oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy & congestion oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp cough dm er oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp mucus er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gnp nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 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 pseudoephedrine hcl 12 hr oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin cf cough & cold oral syrup 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin cough long acting oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin dm cough oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin dm oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin mucus & chest cong oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</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 oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense mucus relief child oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense tussin dm oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml, 200-20 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin-dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm cough dm oral suspension extended release 30 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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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
MAXIFED ORAL TABLET 60-360 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss ac oral solution 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss cd oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss g oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss gmx oral liquid 10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>meijer nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX CHILDRENS FREEFROM ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX COLD CHILDRENS ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX COUGH & CONGEST CHILD ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX COUGH CHILDRENS ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX DM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 30-600 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS ORAL LIQUID 400 MG/20ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CONGEST COUGH ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CONGEST COUGH ORAL TABLET 5-10-200 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX DM MAX ORAL LIQUID 20-400 MG/20ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX 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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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 relief cough childrens oral liquid 5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief dm oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant pe 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 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
NIVANEX DMX ORAL TABLET 10-15-380 MG	\$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>oxymetazoline hcl nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phenylephrine hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phenylephrine-dm-gg oral liquid 10-18-200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-tussin ac oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
POLY-VENT IR ORAL TABLET 60-380 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>promethazine vc/codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>promethazine-codeine oral solution 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pseudoephedrine hcl er oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc loratadine-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>qc mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc nasal decongestant pe oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc suphedrine maximum strength oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc tussin dm cough/congestion oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc tussin expectorant adult oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc vapor inhaler inhalation inhaler 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>robafen cf multi-symptom cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ROBAFEN DM ORAL LIQUID 20-200 MG/20ML	\$0 (Nivel 3)	DP
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>rynex pse oral liquid 1-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb 12hr nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb allergy relief/nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb cough control oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb coughtab oral tablet 200 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 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 oral tablet extended release 12 hour 600 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 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 tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest oral liquid 20-200 mg/10ml, 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin mucus+chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution 7 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sudogest 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
SUDOGEST ORAL TABLET 30 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>suphedrine 12hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL C ORAL SYRUP 30-10-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tusnel diabetic oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL DM ORAL LIQUID 10-20-400 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL DM PEDIATRIC ORAL LIQUID 2.5-5-75 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL ORAL LIQUID 30-15-200 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL PEDIATRIC ORAL LIQUID 15-5-50 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL-DM PEDIATRIC ORAL LIQUID 7.5-2.5-25 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL-EX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin cough oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin dm cough + chest oral liquid 20-400 mg/20ml, 200-20 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin dm oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin mucus & chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin mucus+chest congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VANACOF DM ORAL LIQUID 10-18-200 MG/15ML	\$0 (Nivel 3)	DP
VANATAB DM ORAL TABLET 5-9-198 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (600 ml cada 30 días); NDS
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (480 ml cada 30 días)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 tabletas cada 30 días)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 tabletas cada 30 días)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (360 cápsulas cada 30 días); NDS
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (360 paquetes cada 30 días); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (240 ml cada 30 días)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1200 ml cada 30 días)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	\$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; 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 1)	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; 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)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 cápsulas cada 30 días)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (270 cápsulas cada 30 días)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2160 ml cada 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1200 ml cada 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam oral tablet disintegrating soluble 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	QL (10 unidades nasales cada 30 días)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1500 ml cada 30 días)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 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</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (900 ml cada 30 días)
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2400 ml cada 30 días); NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (480 tabletas cada 30 días)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 tabletas cada 30 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	QL (10 blísteres cada 30 días)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 7.5 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	QL (10 blísteres cada 30 días)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 10 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	QL (10 blísteres cada 30 días)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	QL (10 blísteres cada 30 días)
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
VIGADRONE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (900 ml cada 30 días); NDS
VIGPODER ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 paquetes 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, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (28 tabletas cada 28 días)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (28 tabletas cada 28 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (900 ml cada 30 días); NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1100 ml cada 30 días); NDS
Agentes Antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (300 cápsulas cada 30 días); NDS
<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; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (14 jeringas cada 28 días); NDS
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 jeringas cada 30 días); NDS
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (12 jeringas cada 28 días); NDS
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 jeringas cada 30 días); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (12 jeringas cada 28 días); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 jeringas cada 30 días); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (12 jeringas cada 28 días); NDS
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 plumas cada 365 días); NDS
Agentes Para Terapia Musculoesquelética		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>baclofen oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Ansiolíticos		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (150 ml cada 30 días)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 ml cada 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
Antidemencia		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (200 ml cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 28 x 5 mg & 21 x 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>memantine hcl-donepezil hcl oral capsule extended release 24 hour 14-10 mg, 21-10 mg, 28-10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
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)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	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)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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)	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1800 ml cada 30 días)
<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)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 cápsulas cada 14 días); NDS
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (14 cápsulas cada 14 días); NDS
Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML, 960 MG/3.2ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 56 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inyección cada 28 días); NDS
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (60 tabletas cada 30 días)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 56 días); NDS
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)	
<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 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año); NDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año)
<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)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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
<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)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; 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)	ST; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (30 tabletas cada 30 días)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 hojas cada 30 días); NDS
OPIPZA ORAL FILM 2 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 hojas cada 30 días); NDS
<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)	
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 inyecciones cada 28 días)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg</i>	\$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)	ST; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>risperidone oral tablet dispersible 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (120 tabletas cada 30 días)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	QL (30 parches cada 30 días); NDS
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (600 ml cada 30 días); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
<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)
Desorden Hiperactivo Y Déficit De Atención		
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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)
<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; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; 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 18 MG, 24 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 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 12 & 18 & 24 & 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año); NDS
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
Hipnóticos		
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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)
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
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 jeringas cada 30 días)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 plumas cada 30 días)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 30 días)
<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)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 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)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 tabletas cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Narcolepsia/Cataplexia		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (540 ml cada 30 días); NDS
Non-Frf		
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gabapentin oral solution 300 mg/6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2160 ml cada 30 días)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
Psicoterapéutico, Varios		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 hojas cada 30 días)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 hojas cada 30 días)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ft nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>goodsense nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>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 0.4 mg/ml, 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	\$0 (Nivel 3)	DP
NICORETTE MOUTH/THROAT GUM 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NICORETTE MOUTH/THROAT LOZENGE 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NICORETTE STARTER KIT MOUTH/THROAT GUM 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine step 1 transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine step 2 transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine step 3 transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine transdermal kit 21-14-7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0 (Nivel 2)	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine mouth/throat gum 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 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)	QL (2 paquetes cada año)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (56 tabletas cada 28 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SUPLEMENTOS NUTRICIONALES		
Diversos		
<i>co q 10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co q10 oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co-enzyme q10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coenzyme q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq10 maximum strength oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs coq-10 oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql coq10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glutamine oral powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp co q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp co q10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp melatonin maximum strength oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-glutamine oral powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin maximum strength oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/4ml, 2.5 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin oral tablet 1 mg, 3 mg, 300 mcg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEOQ10 ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
Q-SORB CO Q-10 ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra coenzyme q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm co q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>yl coenzyme q10 oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Electrolitos/Minerales, Inyectables		
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose-sodium chloride solution 2.5-0.45 % intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose-sodium chloride solution 2.5-0.45 % intravenous</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
<i>kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 10 meq/50ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 20 meq/50ml, 40 meq/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)	
<i>westab plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
Electrolitos		
ADVANTAGE CARE ELECTROLYTE PED ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
BIOLYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
CERALYTE 70 ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
CERASPORT EX1 ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
CERASPORT ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs electrolyte solution oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs ped electrolyte freeze pop oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ENFAMIL ENFALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp electrolyte solution oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>h-e-b oral electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
KINDERLYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
KINDERLYTE PREMAX ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>oral electrolytes oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oralyte oral solution</i>	\$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>ra pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REHYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>truelyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Minerales		
<i>600+d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CALCITRATE ORAL TABLET 315-6.25 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cal-citrate plus vitamin d oral tablet 250-2.5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium + d3 oral tablet 250-3 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium + vitamin d3 oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 1000 + d oral tablet 1000-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 1200 oral tablet chewable 1200-1000 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500 + d oral tablet 500-3.125 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500 + d3 oral tablet 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500/vitamin d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d high potency oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 + d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 high potency oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d oral tablet chewable 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>calcium 600/vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d high potency oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d3 plus minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet chewable 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate oral powder 800 mg/2gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg, 1500 (600 ca) mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate oral tablet chewable 1250 (500 ca) mg, 260 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate + d oral tablet 250-5 mg-mcg, 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate + d3 maximum oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate + d3 oral tablet 200-6.25 mg-mcg, 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate oral tablet 250 mg, 950 (200 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate plus/magnesium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d oral tablet 200-3.125 mg-mcg, 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium creamies oral tablet chewable 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium gluconate oral capsule 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium high potency oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium high potency/vitamin d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium lactate oral tablet 100 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium oral tablet chewable 500-2.5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium oyster shell oral tablet 1250 (500 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium plus vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium plus vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-15 mg-mcg, 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg, 333-133-8.3 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium-magnesium-zinc-d3 oral tablet 333 mg-133 mg-5 mg-5 mcg, 333-133-5-3.33 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium-magnesium-zinc-vit d3 oral tablet 333 mg-133 mg-5 mg-1.7 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cal-mint oral tablet chewable 260 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CALTRATE 600+D PLUS MINERALS ORAL TABLET 600-800 MG-UNIT	\$0 (Nivel 3)	DP
CALTRATE 600+D3 ORAL TABLET 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
CALTRATE 600+D3 SOFT ORAL TABLET CHEWABLE 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
CALTRATE BONE HEALTH ORAL TABLET 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
CALTRATE BONE HEALTH ORAL TABLET CHEWABLE 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
CALTRATE MINIS PLUS MINERALS ORAL TABLET 300-800 MG-UNIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chelated magnesium oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CITRACAL MAXIMUM ORAL TABLET 315-6.25 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
CITRACAL MAXIMUM PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CITRACAL PETITES/VITAMIN D ORAL TABLET 200-6.25 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>citrus calcium/vitamin d oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium + d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium 600 & vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium 600 + d/minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium 600+d oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs magnesium oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs magnesium oxide oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs oyster shell calcium-vit d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium 500+d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium 600+d oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium 600+d+minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>eqi calcium citrate/vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eqi calcium citrate/vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eqi calcium/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eqi calcium/vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fem-cal citrate oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp cal mag zinc +d3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium 500 +d3 oral tablet 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium 600 +d/minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium 600 +d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium citrate +d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp mag-oxide magnesium oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAG64 ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGDELAY ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mag-g oral tablet 500 (27 mg) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGNEBIND 300 ORAL TABLET 250-300 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGNEBIND 400 ORAL TABLET 80-115 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium gluconate oral tablet 250 mg, 27.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium lactate oral tablet extended release 84 mg (7meq)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oral tablet 200 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement oral tablet 250 mg, 400 (240 mg) mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement oral tablet chewable 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGNESIUM-OXIDE ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGOX 400 ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MAG-OXIDE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MAG-TAB SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 84 MG (7MEQ)	\$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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ORAZINC ORAL CAPSULE 220 (50 ZN) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ORAZINC ORAL TABLET 110 (25 ZN) 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+D ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium oral tablet 500 mg, 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium plus d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium w/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PRONUTRIENTS CALCIUM+D3 ORAL TABLET 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pure calcium carbonate oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc calcium fast dissolution oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium 600/vitamin d-3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium cit plus vit d-3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium citrate plus vit d oral tablet 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium cit-vit d-3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium plus vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RA HI CAL ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra natural magnesium oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra zinc oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb calcium + d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb oyster shell calcium oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SLOW-MAG ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm calcium 500/vitamin d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium 600+d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium citrate+vit d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium citrate+vit d3 max oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium/vitamin d3 oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium-vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm magnesium oxide oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm oyster shell calcium/vit d oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium fluoride oral solution 1.1 (0.5 f) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium phosphates intravenous solution 45 mmole/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super calcium 600 + d 400 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super calcium 600 + d3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>true magnesium oxide oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ultra calcium + vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ZINC 15 ORAL TABLET 66 (15 ZN) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc gluconate oral tablet 100 mg, 30 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc oral capsule 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc oral tablet 30 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc sulfate oral capsule 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc sulfate oral tablet 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Nutrición Iv		
<i>chromic chloride intravenous solution 40 mcg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	B/D

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>clinimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/14) intravenous solution 8 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (Nivel 1)	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>cupric chloride intravenous solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose intravenous solution 50 %, 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (Nivel 1)	B/D
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>selenious acid intravenous solution 60 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION 300-55-60-3000 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
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>a-25 oral capsule 7.5 mg (25000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>abc complete senior 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>abc complete senior mens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>abc complete senior womens 50+ oral tablet</i>	\$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
ACTIVNUTRIENTS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
ACTIVNUTRIENTS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ACTIVNUTRIENTS W/O IRON ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE ENERGY 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE EVERYDAY IMMUNE HEALTH ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE MENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE MENS COMPLETE MULTI ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE MENS GUMMY MULTIVITAMINS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE MULTI-VITAMIN CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE MULTI-VITAMIN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE ONCE DAILY WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE ULTRA POTENCY WOMENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ COMPLETE MV ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ GUMMY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS 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>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
<i>antioxidant vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
APETIBEX ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
APPE-CURB ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
AQUA-E ORAL LIQUID 50.25 MG/ML (75 UT/ML)	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
AQUASOL A INTRAMUSCULAR SOLUTION 50000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aqueous vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ascorbic acid injection solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<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 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex vitamins oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex-c-folic acid oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-1 oral tablet 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 2000 mcg, 50 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b6 natural oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BABY DDROPS ORAL LIQUID 10 MCG /0.028ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>baby super daily d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>baby vitamin d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BACMIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>balance b-50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bariatric multivitamins/iron oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex balanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex/b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex-c (w/folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>better b complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BIO-35 GLUTEN-FREE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biocal oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BIO-D-MULSION FORTE ORAL LIQUID 50 MCG/0.04ML	\$0 (Nivel 3)	DP
BIO-D-MULSION ORAL LIQUID 10 MCG/0.04ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin maximum strength oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>biotin oral capsule 1 mg, 10 mg, 5 mg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin oral tablet 1000 mcg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>body/hair/skin/nails oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BONEUP 3 PER DAY ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
BONEUP ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
BONEUP VEGETARIAN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bp vit 3 oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED MULTI-VITE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED PEDIA D-VITE ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE ORAL SOLUTION 10 MG/ML, 11 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
<i>c-chewable oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<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 ADULT ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM ADULTS MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
CENTRUM KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM MEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM MINIS ADULTS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM MINIS WOMEN 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM ORAL LIQUID	\$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 MEN 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 SILVER WOMEN 50+ 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
CEROVITE JR ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
CEROVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CERTA-VITE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
CERTAVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CERTAVITE SENIOR/ANTIOXIDANT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens animal shapes oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens chew multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens chewable vitamins oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>classic prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cod liver oil oral capsule 4000-200 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cod liver oil w/vit a & d oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>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
CORVITA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CULTURELLE KIDS COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's adult 50+ eye health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CVS AIRSHIELD ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's b complex plus c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's biotin high potency oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's biotin oral capsule 10 mg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's chewable c with rose hips oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's chewable childrens vitamin oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's childrens complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's 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>cv's daily gummies adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's daily multiple for men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's daily multiple women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cv's e oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>cvx spectravite senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite ultra men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite ultra mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite ultra women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite womens senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx super b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vision health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin b12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin b-12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin d3 oral capsule 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx womens active daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx womens daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cyanocobalamin nasal solution 500 mcg/0.1ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<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 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 2000 oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 baby drops oral liquid 10 mcg /0.025ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 high potency oral capsule 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 high potency oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3-1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3-1000 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d-3-5 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
D3-50 ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$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 combo multi vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily multiple vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily multivitamin oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily value multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vite multivitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily-vite multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DDROPS ORAL LIQUID 25 MCG /0.028ML, 50 MCG /0.028ML	\$0 (Nivel 3)	DP
DECARA ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT), 625 MCG (25000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
DECUBI-VITE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dekas bariatric oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DEKAS PLUS OCEAN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
DEKAS PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
DEKAS PLUS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>delta d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMACINRX FOLTAMIN ORAL TABLET 125-1 MCG-MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMACINRX MULTITAM ORAL TABLET	\$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
DODEX INJECTION SOLUTION 1000 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
DRISDOL ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
D-VI-SOL ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d-vite pediatric oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>e 1000 oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>e200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>e-200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ELDERTONIC ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
ELFOLATE PLUS ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
EMERGEN-C VITAMIN C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ENDUR-ACIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ENDUR-C ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq complete 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-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql biotin oral capsule 5000 mcg</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 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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>eqi 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>eqi vitamin e oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ergocalciferol oral capsule 1.25 mg (50000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ergocalciferol oral solution 200 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ESSENTIA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>essential balance oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ESTER-C ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ESTROVEN MENOPAUSE SUPPLEMENT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eye health + lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eye multivitamin/sodium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FINEST NUTRITION VITAMIN B-12 ORAL TABLET 500 MCG	\$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-IMMUNITY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES PLUS CALCIUM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES PLUS EXTRA IRON ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>folika-bc oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
FOLITIN-Z ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLIXAPURE ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
<i>folplex 2.2 oral tablet 2.2-25-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLTABS 800 ORAL TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLTANX ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLTRATE ORAL TABLET 500-1 MCG-MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLTREXYL ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nivel 3)	PA; 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>fruit c oral tablet chewable 100 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 b1/vitamin c oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>genadek step 1 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>genadek step 2 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GERBER GROW MIGHTY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
GERBER LIL' BRAINIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
GERITOL COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>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 childrens chewables/lex c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp essential one daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp healthy eyes oral tablet</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 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 womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gnp vitamin a oral capsule 3000 mcg</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 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 skin & nails advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hair skin & nails 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
HARD NAILS ORAL CAPSULE 2.5 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-zeaxanthin oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy kids gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>high potency multivit/fa oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>high potency multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm complete men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm complete women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm womens 50+ advanced daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HONEY BEARS W/IRON-ZINC ORAL TABLET CHEWABLE 30-200-3	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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
<i>immune support oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
IMMUNERX ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS SOLUTION	\$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>just 4 kidz multivitamin/probiotic oral tablet chewable</i>	\$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 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 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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
MACUVITE EYE CARE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
MACUVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
MACUVITE/LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
MAXIMUM D3 ORAL CAPSULE 325 MCG (13000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maximum daily green oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mega biotin oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MEGA MULTI MEN ORAL TABLET	\$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>meijer advanced formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>meijer c oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens 50+ advanced oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens 50+ multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens daily formulalycopene oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MERIBIN ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
METAFOLBIC ORAL TABLET 6-1-50-5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
METAFOLBIC PLUS ORAL TABLET 6-2-600 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MOOD FOOD ES ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MOOD FOOD ORAL CAPSULE	\$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 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
<i>multiple vit/minerals/no iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vitamins essential oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vitamins/womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vitamins-minerals oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>multipro oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vit/iron/fluoride oral solution 0.25-10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivit/multimineral adult oral liquid</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 oral tablet</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>multivitamin childrens gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin drops/iron oral solution 11 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin gummies adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin gummies mens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin gummies womens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin infant & toddler oral solution , 11 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin men 50+ 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 w/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</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/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin/fluoride/iron oral solution 0.25-10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>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>multivitamins plus iron child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vite oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>multivit-min gummies childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION MINIS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mvw hi-d adek gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW MODULATOR FORMULATION MINI ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW MODULATOR FORMULATION ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>myamulti oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MYNEPHRON ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NASCOBAL NASAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>natural close hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>natural vitamin d-3 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHPLEX RX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nephro vitamins oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHRONEX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin er oral capsule extended release 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin er oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin oral tablet 250 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NICOMIDE ORAL TABLET 750-27-2-0.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<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
<i>ocular vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ocutabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ocutabs-lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE ADULT 50+ ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
OCUVITE ADULT FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE EXTRA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE EYE + MULTI ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE EYE HEATLH GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>omnicap oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ONCOVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE A DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$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 mens 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 womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY ESSENTIAL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY FOR HER VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY FOR HIM VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY JOLLY RANCHER ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS (MINERALS) ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ONE-A-DAY MENS 50+ ADVANTAGE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS 50+ 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 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 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS HEALTHY SKIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS MIND & BODY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS PETITES ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi caps oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi-vit/mineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>optic-vites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
OPTIFAST POST BARIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTIMAL D3 M ORAL CAPSULE 350 MCG (14000 UT)	\$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
OSTEOPRIME PLUS ORAL TABLET	\$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
<i>pc pediatric poly-vitamin drop oral solution</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 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
POLY-VI-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
POLY-VI-SOL ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
POLY-VI-SOL/IRON ORAL SOLUTION 11 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-vita oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-vitaliron oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-vite pediatric oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-viteliron oral solution 11 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal 19 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal one daily oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal oral tablet 27-0.8 mg, 28-0.8 mg, 6.75-0.2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal vitamin and mineral oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal vitamins oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>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 2+MULTI VIT ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION AREDS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PRESERVISION AREDS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION/LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<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
PRORENAL + D ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
PRORENAL + D W/ OMEGA-3 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
PUREWAY-C ORAL TABLET 500 MG	\$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 childrens vitamins/extra c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc daily multivitamin/mineral 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 therin-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc womens daily multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID 0.25-9.5 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML, 0.5 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>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
<i>ra b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra b-complex with b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra biotin oral capsule 2500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RA CENTRAL-VITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra central-vite womens mature oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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 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 vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-12 oral tablet 100 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin d-3 oral capsule 125 mcg (5000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin d-3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamins complete childrens oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RADIANCE PLATINUM VITAMIN D3 ORAL TABLET 125 MCG (5000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
RENAL ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>renal vitamin oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
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
<i>reno caps oral capsule 1 mg</i>	\$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
SLO-NIACIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG	\$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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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
<i>sm vitamin b12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral capsule 100 mcg (4000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral tablet 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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 ONE 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/fal/vit c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b-complex + vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b-complex/vit c/fa oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super daily d3 oral liquid 25 mcg /0.028ml, 50 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super multiple oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SUPER QUINTS B-50 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super thera vite m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super vita-mins 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 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 4000 ORAL TABLET 100 MCG (4000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
THERAMILL FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>therapeutic formula/hematinics oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>therapeutic-m 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
THEREMS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thiamine hcl injection solution 100 mg/ml, 200 mg/2ml</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>tm-daily vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tm-vite rx oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>triphrocaps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tri-vite/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tropical liquid nutrition oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>true folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>true multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>true vitamin b12 oral tablet 1000 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>true vitamin b6 oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>true vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>true 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)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>true vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>true vitamin e oral capsule 450 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
UDAMIN SP ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRA BONEUP 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

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ULTRACHOICE ADV FORMULA MATURE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRACHOICE ADVANCED FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
UPSPRING BABY VIT D ORAL LIQUID 10 MCG /0.025ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>v-c forte oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VENEXA FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
VENEXA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	PA; 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
<i>vision formulallutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vision health oral capsule</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
<i>vitabasic complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitabasic senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitabex plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitachew adult multi vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitachew multiple vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitachew vit c citrus burst oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAJoy DAILY C GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAJoy MULTI GUMMIES ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$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 capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-1 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b12 oral tablet 100 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-12 oral tablet dispersible 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b12 tr oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin 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, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c er oral capsule extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c er oral tablet extended release 1500 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c gummies oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c oral tablet 100 mg, 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c oral tablet chewable 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c plus wild rose hips oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c/rose hips tr oral tablet extended release 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips er oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips tr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral tablet 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50 mcg (2000 ut), 50000 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d high potency oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d infant oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH ORAL LIQUID 25 MCG/10ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 10 mcg (400 unit), 1000 unit, 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d-3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 oral liquid 10 mcg/ml, 125 mcg/0.5ml, 125 mcg/ml, 25 mcg/spray, 30 mcg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg, 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut), 75 mcg (3000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin 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 e blend oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e high potency oral capsule 90 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e oral capsule 1000 unit, 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e water soluble oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin k1 injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamins acd-fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamins a-d-e/selenium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITASANA ORAL TABLET	\$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)	PA; DP
VITRANOL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
VITREXATE FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
VITREXATE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
VITREXYL + IRON ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
VITREXYL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
<i>vitrum 50+ senior multi oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRUM SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
WEEKLY-D ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
wescaps oral capsule 1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
westab max oral tablet 2.5-25-2 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
westab one oral tablet 2.5-25-1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
womens 50+ advanced oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
womens 50+ multi vitamin oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
womens daily form/fal/calfe oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
womens daily formula oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
womens multi gummies oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
womens multi oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
womens multivitamin + collagen oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
womens multivitamin oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
xcellent a 3000 oral capsule 3000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
xcellent a 7500 oral capsule 7.5 mg (25000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
YELETS TEENAGE FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
yl folic acid oral tablet 400 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
yl vitamin b-6 oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
yl vitamin c oral tablet 1000 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
yl vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
YOUR LIFE MULTI ADULT GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
YUMVS MULTI ZERO ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
YUMVS VITAMIN C ZERO ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
YUMVS ZERO DIABETIC MULTIVITAM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
YUMVSKIDS MULTI ZERO ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ZOO FRIENDS/EXTRA C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
TÓPICOS		
Agentes Para Boca/Garganta/Dentales		
cevimeline hcl oral capsule 30 mg	\$0 (Nivel 1)	
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole mouth/throat troche 10 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (150 pastillas cada 30 días)
KOURZEQ MOUTH/THROAT PASTE 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %	\$0 (Nivel 1)	
nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml	\$0 (Nivel 1)	
ORASEP MOUTH/THROAT SOLUTION 2-0.5-0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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, 30 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
<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 phos (once-daily) external gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (75 ml cada 30 días)
<i>clindamycin phos (twice-daily) external gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (75 g cada 30 días)
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ery external pad 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 compresas cada 30 días)
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118 ml cada 30 días)
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (45 g cada 30 días)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (45 g cada 30 días)
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
Dermatología, Agentes Para El Cuidado De Heridas		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 g cada 30 días); NDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0 (Nivel 2)	QL (180 g cada 30 días)
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sterile water for irrigation irrigation solution</i>	\$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Anestésicos Locales		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 ml cada 30 días)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (50 g cada 30 días)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (3 parches cada 1 día)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (50 ml cada 30 días)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D; QL (30 g cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
LIDOCAN EXTERNAL PATCH 5 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (3 parches cada 1 día)
TRIDACAINE II EXTERNAL PATCH 5 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (3 parches cada 1 día)
Dermatología, Antibióticos		
<i>bacitracin external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bacitracin zinc-aloe external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
<i>gnp bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp triple antibiotic external ointment</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp triple antibiotic plus external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense first aid antibiotic external ointment</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>medi-first triple antibiotic external ointment 5-400-5000 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (220 g cada 30 días)
<i>qc triple antibiotic max st external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sm antibiotic external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm triple antibiotic max st external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm triple antibiotic original external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	\$0 (Nivel 2)	QL (453,6 g cada 30 días)
<i>triple antibiotic external ointment , 3.5-400-5000 , 5-400-5000 , 5-400-5000 mg-unit</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 cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antifungal external powder 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>athletes foot (clotrimazole) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>athletes foot (terbinafine) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>athletes foot powder spray external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>baza antifungal external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>butenafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
castellani paint modified external liquid 1.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ciclopirox external shampoo 1 %	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
ciclopirox olamine external cream 0.77 %	\$0 (Nivel 1)	QL (90 g cada 30 días)
ciclopirox olamine external suspension 0.77 %	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
clotrimazole anti-fungal external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
clotrimazole athletes foot external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
clotrimazole cream 1 % external (otc)	\$0 (Nivel 3)	DP
clotrimazole cream 1 % external (rx)	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
clotrimazole solution 1 % external (otc)	\$0 (Nivel 3)	DP
clotrimazole solution 1 % external (rx)	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
CRITIC-AID CLEAR AF EXTERNAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
cvs jock itch external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
DESENEX EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
econazole nitrate external cream 1 %	\$0 (Nivel 1)	QL (85 g cada 30 días)
ft antifungal external cream 1 %, 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ft athletes foot (clotrimaz) external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ft athletes foot (terbinafine) external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
FUNGOID TINCTURE EXTERNAL SOLUTION 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp athletes foot external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp miconazorb af external powder 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp terbinafine hydrochloride external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
gnp tolnaftate external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
goodsense athletes foot external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ketoconazole external cream 2 %	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
ketoconazole external shampoo 2 %	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
KLAYESTA EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
miconazole antifungal external cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
miconazole nitrate external cream 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
miconazole nitrate external solution 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MICOTRIN AP EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MYCOZYL AP EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
nystatin external cream 100000 unit/gm	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
nystatin external ointment 100000 unit/gm	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
nystatin external powder 100000 unit/gm	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
qc antifungal (tolnaftate) external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
qc tolnaftate external cream 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
selenium sulfide external lotion 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm antifungal clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antifungal miconazole external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antifungal tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>terbinafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tolnaftate antifungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tolnaftate external powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TRIPLE PASTE AF EXTERNAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
Dermatología, Antipsoriáticos		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 g cada 30 días)
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 g cada 30 días)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 ml cada 30 días)
CALCITRENE EXTERNAL OINTMENT 0.005 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 g cada 30 días)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 g cada 30 días); NDS
<i>tazarotene external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 g cada 30 días)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días)
Dermatología, Corticosteroides		
<i>ala-cort external cream 1 %</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)
<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)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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 (60 ml cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118,28 ml cada 30 días)
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (50 g cada 30 días)
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (50 g cada 30 días)
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (454 g cada 30 días)
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
TRIDERM EXTERNAL CREAM 0.5 %	\$0 (Nivel 1)	QL (454 g cada 30 días)
Dermatología, Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>cvs lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft 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>goodsense lice killing external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lice killing external shampoo 4-0.33 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lice killing maximum strength external shampoo 0.33-4 %</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)
<i>sb lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm lice killing max strength external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Dermatología, Varios Para La Piel Y Membranas Mucosas		
<i>ammonium lactate cream 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ammonium lactate cream 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
AQUA GLYCOLIC FACE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>arthritis pain relieving external cream 0.075 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BANOPHEN EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<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 %, 0.075 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>capsaicin hp external cream 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 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
<i>chlorhexidine gluconate external solution 4 %</i>	\$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 dry skin therapy external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
D-CERIN EXTERNAL CREAM 33 %	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMABASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
DIABETIDERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
DIABETIDERM FOOT REJUVENATING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ml cada 28 días)
<i>diphenhydramine-zinc acetate external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DML FORTE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
DYNA-HEX 4 EXTERNAL SOLUTION 4 %	\$0 (Nivel 3)	DP
EMOLLIA-CREME EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eucerin advanced repair 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 lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp povidone-iodine external solution 10 %</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
HIBICLENS EXTERNAL SOLUTION 4 %	\$0 (Nivel 3)	DP
HYDRASYN25 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (24 paquetes cada 30 días)
<i>itch relief extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
KERADAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
KERR TRIPLE DYE SWABS EXTERNAL SWAB	\$0 (Nivel 3)	DP
LAC-HYDRIN FIVE EXTERNAL LOTION 5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>leader finger cream external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lidocaine external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lidocaine pain relief max st external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lidocaine pain relieving external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
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>pimecrolimus external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (100 g cada 30 días)
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (7 ml cada 28 días)
<i>povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PRETTY FEET/HANDS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>qc 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
RISABAL-PH EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$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 benzoin tincture nfxi 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
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; 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; QL (60 g cada 30 días); NDS
VANICREAM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
VELVACHOL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
XERAC AC EXTERNAL SOLUTION 6.25 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF EXTERNAL CREAM 0.033 %	\$0 (Nivel 3)	DP
Óticos		
DEBROX OTIC SOLUTION 6.5 %	\$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>ft earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft earwax removal 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
MURINE EAR WAX REMOVAL SYSTEM OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

12 hour decongestant.....	103	adalimumab-aacf (2 pen).....	27	aler-cap.....	95
12 hour nasal decongestant.....	103	adalimumab-aacf (2 syringe).....	27	alfuzosin hcl er.....	85
12 hour nasal spray.....	103	adalimumab-aacf(cd/uc/hs strt).....	27	aliskiren fumarate.....	55
12hr allergy relief.....	95	adalimumab-aacf(psl/uv starter).....	27	ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN.....	134
1st base.....	57	adapalene.....	161	ALIVE ENERGY 50+.....	134
24hr allergy relief.....	95	adefovir dipivoxil.....	46	ALIVE EVERYDAY IMMUNE	
3 day vaginal.....	84	ADEK GUMMIES PLUS ZN.....	134	HEALTH.....	134
4-WAY FAST ACTING.....	103	ADIPEX-P.....	72	ALIVE HAIR, SKIN & NAILS.....	134
50+ adult eye health.....	133	ADMELOG.....	66	ALIVE MENS 50+.....	134
600+d3.....	127	ADMELOG SOLOSTAR.....	66	ALIVE MENS COMPLETE MULTI.....	134
7 day vaginal.....	84	adult one daily gummies.....	134	ALIVE MENS GUMMY	
8 hr arthritis pain relief.....	36	ADVAIR HFA.....	99	MULTIVITAMINS.....	134
a thru z advanced.....	133	ADVANCED MULTI EA.....	134	ALIVE MULTI-VITAMIN.....	134
a thru z high potency.....	133	ADVANTAGE CARE		ALIVE MULTI-VITAMIN	
a thru z select.....	133	ELECTROLYTE PED.....	126	CHILDRENS.....	134
a thru z select 50+ advanced.....	133	AEROCHAMBER MINI CHAMBER.....	99	ALIVE ONCE DAILY WOMENS....	134
a thru z select 50+ mens.....	133	AEROCHAMBER MV.....	99	ALIVE ULTRA POTENCY	
a thru z select advanced.....	133	AEROCHAMBER PLS FLOVU		WOMENS 50+.....	134
a thru z select ultimate women.....	133	MTHPIECE.....	99	ALIVE WOMENS 50+.....	134
a thru z ultimate mens.....	133	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		ALIVE WOMENS 50+ COMPLETE	
a-10000.....	133	INTERM.....	99	MV.....	134
a-25.....	133	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		ALIVE WOMENS 50+ GUMMY....	134
abacavir sulfate.....	40	LARGE.....	99	ALIVE WOMENS ENERGY.....	134
abacavir sulfate-lamivudine.....	42	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		ALIVE WOMENS GUMMY.....	134
abc complete senior 50+.....	133	MEDIUM.....	99	all day allergy.....	95
abc complete senior mens 50+.....	133	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		all day allergy childrens.....	95
abc complete senior womens 50+.....	133	SMALL.....	99	all day allergy d.....	103
ABELCET.....	42	AEROCHAMBER PLUS FLOW VU		ALLBEE/C.....	134
ABILIFY ASIMTUFII.....	116		100	all-day allergy childrens.....	95
ABILIFY MAINTENA.....	117	AEROCHAMBER		aller-chlor.....	95
abiraterone acetate.....	15	W/FLOWSIGNAL.....	100	allergy.....	95
ABIRTEGA.....	15	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS....	100	allergy (cetirizine).....	95
ABRYSVO.....	31	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS		allergy 24-hr.....	95
acamprosate calcium.....	122	CHAMBR.....	100	allergy childrens.....	95
acarbose.....	67	AEROCHAMBER Z-STAT		allergy rel child (loratadine).....	95
ACCUTANE.....	161	PLUS/LARGE.....	100	allergy relief.....	95
acebutolol hcl.....	53	AEROCHAMBER Z-STAT		allergy relief (loratadine).....	95
acerola c-500.....	133	PLUS/MEDIUM.....	100	allergy relief cetirizine.....	95
acetaminophen.....	37	AEROCHAMBER Z-STAT		allergy relief childrens.....	95
acetaminophen 8 hour.....	36	PLUS/SMALL.....	100	allergy relief d.....	103
acetaminophen childrens.....	36	AEROVENT PLUS.....	100	allergy relief d-12.....	103
acetaminophen er.....	37	AFIRMELLE.....	60	allergy relief d-24.....	103
acetaminophen extra strength.....	37	AIMOVIG.....	121	allergy relief/nasal decongest.....	103
acetaminophen infants.....	37	aimsco lubricated.....	60	allergy/congestion relief.....	103
acetaminophen-codeine.....	35, 36	AIRBORNE.....	134	allopurinol.....	40
acetazolamide.....	55	AIRBORNE GUMMIES.....	134	ALMACONE DOUBLE STRENGTH.....	73
acetazolamide er.....	55	AIRBORNE KIDS.....	134	alosetron hcl.....	77
acetic acid.....	85, 95	AIRSUPRA.....	99	alprazolam.....	114
acetylcysteine.....	99	AKEEGA.....	15	ALTAVERA.....	60
acitretin.....	164	ala-cort.....	164	alum & mag hydroxide-simeth.....	73
ACTHIB.....	31	ALAVERT ALLERGY/SINUS.....	103	aluminum hydroxide gel.....	74
actical.....	133	albendazole.....	43	ALUNBRIG.....	16
ACTIMMUNE.....	30	albuterol sulfate.....	98	ALVAIZ.....	86
active fe.....	87	albuterol sulfate hfa.....	98	ALVESCO.....	102
ACTIVNUTRIENTS.....	133	alclometasone dipropionate.....	164	alyacen 1/35.....	60
ACTIVNUTRIENTS W/O IRON.....	133	ALCON TEARS.....	92	alyacen 7/7/7.....	60
acyclovir.....	46	ALDURAZYME.....	69	ALYFTREK.....	100
acyclovir sodium.....	46	ALECENSA.....	16	ALYGLO.....	30
ADACEL.....	31	alendronate sodium.....	73	ALYQ.....	56

<i>amantadine hcl</i>	113	AQUASOL A.....	135	<i>azathioprine</i>	31
<i>ambrisentan</i>	56	<i>aqueous vitamin d</i>	135	<i>azelastine hcl</i>	90, 95
AMETHIA.....	60	ARALAST NP.....	100	<i>azithromycin</i>	48
AMETHYST.....	60	ARANELLE.....	60	AZO HORMONAL HEALTH	
<i>amikacin sulfate</i>	43	ARBEM H-COSMETIC.....	57	CYCLE CARE.....	135
<i>amiloride hcl</i>	55	ARBEM LIOPEN.....	57	AZO HORMONAL HEALTH	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	55	ARCALYST.....	31	HAPPY CYCL.....	135
<i>amiodarone hcl</i>	51	AREXVY.....	31	<i>aztreonam</i>	43
<i>amitriptyline hcl</i>	115	ARIKAYCE.....	43	AZURETTE.....	60
AMLADEX.....	134	<i>aripiprazole</i>	117	<i>b complex</i>	135
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	55	ARISTADA.....	117	<i>b complex vitamins</i>	135
<i>amlodipine besylate</i>	53	ARISTADA INITIO.....	117	<i>b complex-c</i>	135
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	54	<i>armodafinil</i>	122	<i>b complex-c-folic acid</i>	135
<i>amlodipine-olmesartan</i>	54	ARNUITY ELLIPTA.....	102	<i>b1</i>	135
<i>ammonium lactate</i>	166	<i>arthritis pain relief</i>	37	<i>b-1</i>	135
AMNESTEEM.....	161	<i>arthritis pain reliever</i>	37	<i>b-12</i>	135
<i>amoxapine</i>	115	<i>arthritis pain relieving</i>	166	<i>b-12 tr</i>	135
<i>amoxicillin</i>	49	<i>artificial tears</i>	92	<i>b-6</i>	135
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	49	<i>ascorbic acid</i>	135	<i>b6 natural</i>	135
<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	49	<i>asenapine maleate</i>	117	BABY DDROPS.....	135
<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	119	ASHLYNA.....	60	<i>baby super daily d3</i>	135
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	119	<i>aspirin</i>	37	<i>baby vitamin d3</i>	135
<i>amphotericin b</i>	42	<i>aspirin adult low dose</i>	37	<i>bacitracin</i>	91, 162
<i>amphotericin b liposome</i>	42	<i>aspirin adult low strength</i>	37	<i>bacitracin zinc</i>	162
<i>ampicillin</i>	49	<i>aspirin ec adult low dose</i>	37	<i>bacitracin zinc-aloe</i>	162
<i>ampicillin sodium</i>	49, 50	<i>aspirin ec low strength</i>	37	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	91
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	50	<i>aspirin low dose</i>	37	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	91
<i>anagrelide hcl</i>	86	<i>aspirin regimen</i>	37	<i>baclofen</i>	114
<i>anastrozole</i>	15	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	90	BACMIN.....	135
ANORO ELLIPTA.....	98	ASSURE ID INSULIN SAFETY		BAFIERTAM.....	113
<i>antacid</i>	74	SYR.....	66	<i>balance b-50</i>	135
<i>antacid & antigas</i>	74	ASTAGRAF XL.....	31	<i>balsalazide disodium</i>	79
<i>antacid calcium</i>	74	<i>atazanavir sulfate</i>	40	BALVERSA.....	17
<i>antacid calcium rich</i>	74	<i>atenolol</i>	53	BALZIVA.....	60
<i>antacid maximum strength</i>	74	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	54	BANOPHEN.....	96, 166
<i>antacid regular strength</i>	74	<i>athletes foot (clotrimazole)</i>	162	BARACLUDE.....	46
<i>antacid/antigas</i>	74	<i>athletes foot (terbinafine)</i>	162	<i>bariatric multivitamins/iron</i>	135
<i>anti-diarrheal</i>	75	<i>athletes foot powder spray</i>	162	BASAGLAR KWIKPEN.....	66
<i>antifungal</i>	162	<i>atomoxetine hcl</i>	119	BASE PCCA CLARIFYING.....	57
<i>anti-fungal</i>	162	<i>atorvastatin calcium</i>	52	<i>baza antifungal</i>	162
<i>antifungal (clotrimazole)</i>	162	<i>atovaquone</i>	43	<i>bcg vaccine</i>	32
<i>antifungal (tolnaftate)</i>	162	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	46	<i>b-complex (folic acid)</i>	135
<i>antifungal clotrimazole</i>	162	<i>atropine sulfate</i>	92	<i>b-complex balanced</i>	135
<i>anti-itch</i>	166	ATROVENT HFA.....	95	<i>b-complex/b-12</i>	135
<i>antioxidant</i>	134	AUBRA EQ.....	60	<i>b-complex/vitamin c</i>	135
<i>anti-oxidant</i>	134	AUGTYRO.....	17	<i>b-complex-c</i>	135
<i>antioxidant a/c/e/selenium</i>	134	AUROVELA 1/20.....	60	<i>b-complex-c (w/folic acid)</i>	135
<i>antioxidant formula</i>	134	AUROVELA 24 FE.....	60	<i>benazepril hcl</i>	56
<i>antioxidant vitamins</i>	134	AUROVELA FE 1.5/30.....	60	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	55
<i>antiseptic skin cleanser</i>	166	AUROVELA FE 1/20.....	60	<i>bendamustine hcl</i>	15
APETIBEX.....	134	AUSTEDO.....	120	BENDEKA.....	15
APHEN.....	37	AUSTEDO XR.....	120	BENLYSTA.....	31
APPE-CURB.....	134	AUSTEDO XR PATIENT		BENZEFOAM.....	161
<i>aprepitant</i>	76	TITRATION.....	120	BENZEPRO.....	161
APRI.....	60	AUVELITY.....	115	<i>benzoin</i>	166
APTIOM.....	109	AVIANE.....	60	<i>benzonatate</i>	103
APTIVUS.....	40	AYUNA.....	60	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	161
AQUA GLYCOLIC FACE.....	166	AYVAKIT.....	17	<i>benzphetamine hcl</i>	72
AQUA-E.....	134	<i>az cream</i>	57	<i>benztropine mesylate</i>	113
<i>aquanaz</i>	103	<i>azacitidine</i>	25	BERINERT.....	86

BESIVANCE.....	91	BREZTRI AEROSPHERE.....	99	calcium 600+d.....	128
BESREMI.....	26	<i>briellyn</i>	60	calcium 600+d high potency.....	128
<i>beta care</i>	166	BRILINTA.....	90	calcium 600+d3.....	128
BETA XMA.....	166	<i>brimonidine tartrate</i>	90	calcium 600+d3 plus minerals.....	128
BETADINE.....	166	<i>brinzolamide</i>	90	calcium antacid.....	74
<i>betaine</i>	69	BRIVIACT.....	109	calcium carb-cholecalciferol.....	128
<i>betamethasone dipropionate</i>	164	<i>bromfenac sodium</i>	92	calcium carbonate.....	128
<i>betamethasone dipropionate aug.</i> ..	164	<i>bromocriptine mesylate</i>	113	calcium carbonate antacid.....	74
<i>betamethasone valerate</i>	164	BRONCHITOL.....	100	calcium citrate.....	128
BETASERON.....	113	BRUKINSA.....	17	calcium citrate + d.....	128
<i>betaxolol hcl</i>	53, 90	<i>budesonide</i>	79, 102	calcium citrate + d3.....	128
<i>bethanechol chloride</i>	85	<i>budesonide er</i>	79	calcium citrate + d3 maximum.....	128
BETOPTIC-S.....	90	<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	99	calcium citrate plus/magnesium.....	128
<i>better b complex</i>	135	<i>bumetanide</i>	55	calcium citrate+d3.....	128
BEVESPI AEROSPHERE.....	99	<i>buprenorphine</i>	35	calcium citrate+d3 petites.....	128
<i>bexarotene</i>	26, 166	<i>buprenorphine hcl</i>	122	calcium citrate-vitamin d.....	128
BEXSERO.....	32	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	122	calcium citrate-vitamin d3.....	128
<i>bicalutamide</i>	15	<i>bupropion hcl</i>	115	calcium creamies.....	128
BICILLIN L-A.....	50	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	122	calcium gluconate.....	128
BIKTARVY.....	42	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	115	calcium high potency.....	128
BINAXNOW COVID-19 AG HOME		<i>bupropion hcl er (xl)</i>	115	calcium high potency/vitamin d.....	128
TEST.....	43	<i>buspirone hcl</i>	114	calcium lactate.....	128
BIO-35 GLUTEN-FREE.....	135	<i>butenafine hcl</i>	162	calcium oyster shell.....	128
<i>biocal</i>	135	<i>butorphanol tartrate</i>	36	calcium plus vitamin d.....	128
BIO-D-MULSION.....	135	<i>c 1000</i>	136	calcium plus vitamin d3.....	128
BIO-D-MULSION FORTE.....	135	<i>c 500</i>	136	calcium+d3.....	128
BIOLYTE.....	126	<i>c-1000</i>	136	calcium-magnesium-zinc.....	129
BION TEARS PF.....	92	<i>c-1000/rose hips</i>	136	calcium-magnesium-zinc-d3.....	129
<i>biotin</i>	136	<i>c-250</i>	136	calcium-magnesium-zinc-vit d3.....	129
<i>biotin maximum strength</i>	135	<i>c-500</i>	136	CAL-GEST ANTACID.....	74
<i>bisacodyl</i>	79	<i>c-500/rose hips</i>	136	<i>cal-mint</i>	129
<i>bisacodyl ec</i>	79	<i>cabergoline</i>	69	CALMOSEPTINE.....	166
<i>bisacodyl laxative</i>	79	CABOMETYX.....	17	CALQUENCE.....	17
<i>bismuth</i>	75	<i>calamine</i>	166	CALTRATE 600+D PLUS	
<i>bismuth subsalicylate</i>	75	<i>calamine phenolated</i>	166	MINERALS.....	129
<i>bisoprolol fumarate</i>	53	<i>calamine-zinc oxide</i>	166	CALTRATE 600+D3.....	129
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	54	CALCIDOL.....	136	CALTRATE 600+D3 SOFT.....	129
BIVIGAM.....	30	<i>calcipotriene</i>	164	CALTRATE BONE HEALTH.....	129
BLISOVI 24 FE.....	60	<i>calcitonin (salmon)</i>	73	CALTRATE MINIS PLUS	
BLISOVI FE 1.5/30.....	60	CALCITRATE.....	127	MINERALS.....	129
<i>body/hair/skin/nails</i>	136	<i>cal-citrate plus vitamin d</i>	127	CAMILA.....	60
BONEUP.....	136	CALCITRENE.....	164	CAMRESE.....	60
BONEUP 3 PER DAY.....	136	<i>calcitriol</i>	59	CAMRESE LO.....	60
BONEUP VEGETARIAN.....	136	calcium.....	128	<i>candesartan cilexetil</i>	51
BOOSTRIX.....	32	calcium + d3.....	127	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	54
<i>bortezomib</i>	17	calcium + vitamin d3.....	127	<i>capcof</i>	103
<i>bosentan</i>	56	calcium 1000 + d.....	127	CAPLYTA.....	117
BOSULIF.....	17	calcium 1200.....	127	CAPRELSA.....	17
<i>bp vit 3</i>	136	calcium 500 + d.....	127	<i>capsaicin</i>	166
BPROTECTED MULTI-VITE.....	136	calcium 500 + d3.....	127	<i>capsaicin hp</i>	166
BPROTECTED PEDIA D-VITE.....	136	calcium 500/d.....	127	<i>capsaicin pain relief</i>	166
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE		calcium 500/vitamin d.....	127	<i>captopril</i>	56
.....	136	calcium 500+d.....	127	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	55
BPROTECTED PEDIA POLY-		calcium 500+d high potency.....	127	CAPZASIN-HP.....	166
VITE/FE.....	136	calcium 500+d3.....	127	<i>carbamazepine</i>	109, 110
BRAFTOVI.....	17	calcium 600.....	127	<i>carbamazepine er</i>	109
BREATHERITE VALVED MDI		calcium 600 + d.....	127	<i>carbidopa-levodopa</i>	113
CHAMBER.....	100	calcium 600 high potency.....	127	<i>carbidopa-levodopa er</i>	113
BREO ELLIPTA.....	99	calcium 600/vitamin d.....	127	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> ...	113
BREYNA.....	99	calcium 600/vitamin d3.....	128	<i>carboplatin</i>	15

<i>carboxymethylcellulose sod pf</i>	92	CENTRUM SPECIALIST VISION..	137	CIMDUO	42
<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	92	CENTRUM ULTRA WOMENS	137	<i>cinacalcet hcl</i>	69
CARESTART COVID-19 HOME		CENTRUM WOMEN	137	<i>ciprofloxacin hcl</i>	49, 91
TEST	43	<i>century</i>	137	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	49
<i>carglumic acid</i>	69	<i>century mature</i>	137	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	95
<i>carisoprodol</i>	114	<i>cephalexin</i>	48	<i>cisplatin</i>	15
<i>carteolol hcl</i>	90	CEQUR SIMPLICITY 2U	66	<i>citalopram hydrobromide</i>	115
CARTIA XT	53	CEQUR SIMPLICITY INSERTER.....	66	CITRACAL MAXIMUM.....	129
<i>carvedilol</i>	53	CERALYTE 70.....	126	CITRACAL MAXIMUM PLUS.....	129
<i>caspofungin acetate</i>	42	CERASPORT	126	CITRACAL PETITES/VITAMIN D..	129
<i>castellani paint modified</i>	163	CERASPORT EX1.....	126	<i>citrus calcium/vitamin d</i>	129
CAYSTON.....	43	CERAVE MOISTURIZING	166	CLARAVIS	161
<i>c-chewable</i>	136	CERAVE SA ROUGH & BUMPY		<i>clarithromycin</i>	48
<i>cefactor</i>	47	SKIN.....	166	<i>clarithromycin er</i>	48
<i>cefadroxil</i>	47	CERDELGA.....	69	<i>classic prenatal</i>	137
<i>cefazolin sodium</i>	47	CEREZYME	69	CLEAR EYES NATURAL TEARS....	92
<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	47	CEROVITE JR.....	137	CLEARLAX.....	79
<i>cefdinir</i>	47	CEROVITE SENIOR.....	137	CLEODERM.....	57
<i>cefepime hcl</i>	47	CERTA-VITE.....	137	CLEVER CHOICE HOLDING	
<i>cefixime</i>	47, 48	CERTAVITE SENIOR.....	137	CHAMBER.....	100
<i>cefotetan disodium</i>	48	CERTAVITE		<i>clindamycin hcl</i>	43
<i>cefoxitin sodium</i>	48	SENIOR/ANTIOXIDANT	137	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	43
<i>cefpodoxime proxetil</i>	48	CERTAVITE/ANTIOXIDANTS.....	137	<i>clindamycin phos (once-daily)</i>	161
<i>cefprozil</i>	48	CETAPHIL MOISTURIZING	166	<i>clindamycin phos (twice-daily)</i>	161
<i>ceftazidime</i>	48	CETAPHIL THERAPEUTIC HAND	166	<i>clindamycin phosphate</i>	43, 84, 161
<i>ceftriaxone sodium</i>	48	<i>cetirizine hcl</i>	96	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	43
<i>cefuroxime axetil</i>	48	<i>cetirizine hcl allergy child</i>	96	<i>clindamycin phosphate in nacl</i>	43
<i>cefuroxime sodium</i>	48	<i>cetirizine hcl childrens</i>	96	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)...	132
<i>celecoxib</i>	34	<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	96	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)....	132
<i>centavite a-z complete-mineral</i>	136	<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	103	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	132
CENTRATEX.....	87	<i>cevimeline hcl</i>	160	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	132
<i>centravites</i>	136	<i>charcoal</i>	69	<i>clanimix/dextrose (6/5)</i>	133
<i>centravites 50 plus</i>	136	CHATEAL EQ.....	60	<i>clanimix/dextrose (8/10)</i>	133
<i>centravites adults</i>	136	<i>chelated magnesium</i>	129	<i>clanimix/dextrose (8/14)</i>	133
CENTRUM.....	137	CHEMET	59	CLINISOL SF	133
CENTRUM ADULT	136	<i>chest congestion relief</i>	103	CLINITEST RAPID COVID-19	
CENTRUM ADULTS	136	<i>chest congestion relief dm</i>	103	TEST	44
CENTRUM ADULTS		<i>childrens acetaminophen</i>	37	CLINOLIPID	133
MULTIGUMMIES.....	136	<i>childrens animal shapes</i>	137	<i>clobazam</i>	110
CENTRUM CARDIO.....	136	<i>childrens apap</i>	37	<i>clobetasol propionate</i>	164
CENTRUM FLAVOR BURST		<i>childrens chew multivitamin</i>	137	<i>clobetasol propionate e</i>	164
ADULT	136	<i>childrens chewable vitamins</i>	137	<i>clomipramine hcl</i>	115
CENTRUM FLAVOR BURST KIDS		<i>childrens gummies</i>	137	<i>clonazepam</i>	110
.....	136	<i>childrens ibuprofen</i>	34	<i>clonidine</i>	56
CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ...	136	<i>childrens loratadine</i>	96	<i>clonidine hcl</i>	56
CENTRUM FRESH/FRUITY		<i>childrens mucus relief cough</i>	103	<i>clopidogrel bisulfate</i>	90
ADULT	136	<i>chlorhexidine gluconate</i>	160, 166	<i>clorazepate dipotassium</i>	110
CENTRUM KIDS	137	<i>chlorhist</i>	96	CLORPACTIN.....	166
CENTRUM MEN	137	<i>chloroquine phosphate</i>	46	<i>clotrimazole</i>	84, 160, 163
CENTRUM MINIS ADULTS 50+	137	<i>chlorpheniramine maleate</i>	96	<i>clotrimazole 3</i>	84
CENTRUM MINIS WOMEN 50+	137	<i>chlorthalidone</i>	55	<i>clotrimazole anti-fungal</i>	163
CENTRUM SILVER.....	137	<i>cholestyramine</i>	52	<i>clotrimazole athletes foot</i>	163
CENTRUM SILVER 50+MEN.....	137	<i>cholestyramine light</i>	52	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	163
CENTRUM SILVER 50+WOMEN..	137	CHROMAGEN.....	87	<i>clozapine</i>	117
CENTRUM SILVER ADULT 50+ ...	137	<i>chromic chloride</i>	132	<i>co q 10</i>	124
CENTRUM SILVER MEN 50+	137	<i>ciclopirox</i>	163	<i>co q10</i>	124
CENTRUM SILVER ULTRA		<i>ciclopirox olamine</i>	163	<i>co q-10</i>	124
WOMENS.....	137	<i>cilostazol</i>	86	COARTEM.....	46
CENTRUM SILVER WOMEN 50+ .	137	CILOXAN	91	COBENFY	117
CENTRUM SPECIALIST HEART..	137			COBENFY STARTER PACK.....	117

<i>coconut oil beauty</i>	166	CREON.....	77	<i>cvs one daily womens formula</i>	138
<i>cod liver oil</i>	137	CRITIC-AID CLEAR AF.....	163	<i>cvs oyster shell calcium-vit d</i>	129
<i>cod liver oil w/vit a & d</i>	137	<i>cromolyn sodium</i>	77, 90, 100	<i>cvs ped electrolyte freeze pop</i>	126
<i>coditussin ac</i>	103	CRYSSELLE-28.....	60	<i>cvs pediatric electrolyte</i>	126
<i>coditussin dac</i>	103	CULTURELLE KIDS COMPLETE.....	137	<i>cvs pinworm treatment</i>	44
<i>coenzyme q-10</i>	124	CULTURELLE KIDS PROBIOTIC- MV.....	137	<i>cvs slow release dried iron</i>	87
<i>co-enzyme q10</i>	124	CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV.....	138	<i>cvs slow release iron</i>	87
COLACE.....	79	<i>cupric chloride</i>	133	<i>cvs spectravite adult 50+</i>	138
COLACE 2-IN-1.....	79	<i>cvs adult 50+ eye health</i>	138	<i>cvs spectravite adults</i>	138
COLACE CLEAR.....	79	CVS AIRSHIELD.....	138	<i>cvs spectravite advanced</i>	138
<i>colchicine</i>	40	CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT.....	138	<i>cvs spectravite men</i>	138
<i>colchicine-probenecid</i>	40	<i>cvs b complex plus c</i>	138	<i>cvs spectravite men 50+</i>	138
<i>colesevelam hcl</i>	52	<i>cvs b-1</i>	138	<i>cvs spectravite senior</i>	139
<i>colestipol hcl</i>	52	<i>cvs b-12</i>	138	<i>cvs spectravite ultra men 50+</i>	139
<i>colistimethate sodium (cba)</i>	44	<i>cvs b6</i>	138	<i>cvs spectravite ultra mens</i>	139
COMBIGAN.....	90	<i>cvs biotin</i>	138	<i>cvs spectravite ultra women</i>	139
COMBIVENT RESPIMAT.....	99	<i>cvs biotin high potency</i>	138	<i>cvs spectravite women</i>	139
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	17	<i>cvs calcium + d3</i>	129	<i>cvs spectravite women 50+</i>	139
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	17	<i>cvs calcium 600 & vitamin d3</i>	129	<i>cvs spectravite womens senior</i>	139
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	17	<i>cvs calcium 600 + d/minerals</i>	129	<i>cvs super b complex/c</i>	139
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE.....	66	<i>cvs calcium 600+d</i>	129	<i>cvs vision health</i>	139
COMPACT SPACE CHAMBER.....	100	<i>cvs calcium carbonate</i>	129	<i>cvs vitamin b12</i>	139
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK.....	100	<i>cvs calcium citrate+d3 petites</i>	129	<i>cvs vitamin b-12</i>	139
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK.....	100	<i>cvs chewable c with rose hips</i>	138	<i>cvs vitamin c</i>	139
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK.....	100	<i>cvs chewable childrens vitamin</i>	138	<i>cvs vitamin c-rose hips</i>	139
<i>companion</i>	137	<i>cvs childrens complete</i>	138	<i>cvs vitamin d3</i>	139
COMPETE.....	137	<i>cvs coenzyme q-10</i>	124	<i>cvs vitamin e</i>	139
COMPLERA.....	42	<i>cvs coq-10</i>	124	<i>cvs womens active daily</i>	139
<i>complete allergy medicine</i>	96	<i>cvs cough dm</i>	103	<i>cvs womens daily gummies</i>	139
<i>complete allergy relief</i>	96	<i>cvs covid-19 at home test kit</i>	44	<i>cvs zinc gluconate</i>	129
<i>complete multivitamin/mineral</i>	137	<i>cvs d3</i>	138	<i>cyanocobalamin</i>	139
COMPRO.....	76	<i>cvs daily gummies</i>	138	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	114
<i>constulose</i>	79	<i>cvs daily gummies adult</i>	138	<i>cyclophosphamide</i>	15
COPAXONE.....	113	<i>cvs daily multiple for men</i>	138	<i>cycloserine</i>	41
COPIKTRA.....	17	<i>cvs daily multiple women 50+</i>	138	<i>cyclosporine</i>	31
<i>coq10</i>	124	<i>cvs dry skin therapy</i>	166	<i>cyclosporine modified</i>	31
<i>coq-10</i>	124	<i>cvs e</i>	138	<i>cyproheptadine hcl</i>	96
<i>coq10 maximum strength</i>	124	<i>cvs electrolyte solution</i>	126	CYRED EQ.....	60
CORLANOR.....	56	<i>cvs eye health & lutein</i>	138	CYSTADROPS.....	92
CORVITA.....	137	<i>cvs eye health adult 50+</i>	138	CYSTAGON.....	69
CORVITA 150.....	87	<i>cvs folic acid</i>	138	CYSTARAN.....	92
CORVITE 150.....	87	<i>cvs gauze sterile</i>	66	<i>cytarabine</i>	25
<i>corvite fe</i>	87	<i>cvs glucose</i>	59	<i>d 1000</i>	139
COSENTYX.....	27	<i>cvs gummy dinos</i>	138	<i>d 10000</i>	139
COSENTYX (300 MG DOSE).....	27	<i>cvs gummy multivitamin kids</i>	138	<i>d 400</i>	139
COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	27	<i>cvs iron</i>	87	<i>d 5000</i>	139
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	27	<i>cvs jock itch</i>	163	<i>d-1000 extra strength</i>	139
COSENTYX UNOREADY.....	27	CVS KETONE CARE.....	69	<i>d2000 ultra strength</i>	139
COTELLIC.....	18	<i>cvs lice treatment</i>	165	<i>d3</i>	139
<i>cough dm</i>	103	<i>cvs magnesium</i>	129	<i>d3 2000</i>	139
<i>cough dm childrens</i>	103	<i>cvs magnesium oxide</i>	129	<i>d3 5000</i>	139
<i>covid-19 at-home test</i>	44	<i>cvs mens daily gummies</i>	138	<i>d3 baby drops</i>	139
<i>cream base</i>	57	<i>cvs moisturizing</i>	166	<i>d3 high potency</i>	139
		<i>cvs one daily essential</i>	138	<i>d3 maximum strength</i>	139
		<i>cvs one daily mens 50+ adv</i>	138	<i>d3 super strength</i>	139
		<i>cvs one daily mens formula</i>	138	<i>d3-1000</i>	139
		<i>cvs one daily womens 50+ adv</i>	138	<i>d-3-5</i>	139
				D3-50.....	140
				<i>d-400</i>	140
				<i>d-5000</i>	140

<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	85	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	115	<i>divalproex sodium</i>	110
<i>daily combo multi vitamins</i>	140	<i>dexamethasone</i>	71	<i>divalproex sodium er</i>	110
<i>daily multiple vitamins</i>	140	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	71	DML FORTE.....	167
<i>daily multivitamin</i>	140	<i>dexamethasone sod phosphate pf</i> ...	71	<i>docetaxel</i>	26
<i>daily value multivitamin</i>	140	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>		DOCIVYX.....	26
<i>daily vitamins</i>	140		72, 92	<i>docusate calcium</i>	79
<i>daily vite</i>	140	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	120	<i>docusate mini</i>	79
<i>daily vite multivitamin/iron</i>	140	<i>dextromethorphan hbr</i>	104	<i>docusate sodium</i>	79
<i>daily vites</i>	140	<i>dextromethorphan polistirex er</i>	104	DOCUSOL KIDS.....	80
<i>daily-vite</i>	140	<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>	104	DODEX.....	140
<i>daily-vite multivitamin</i>	140	<i>dextrose</i>	133	<i>dofetilide</i>	51
<i>dalfampridine er</i>	113	<i>dextrose in lactated ringers</i>	124	DOLISHALE.....	61
<i>danazol</i>	59	<i>dextrose-sodium chloride</i>	124	<i>donepezil hcl</i>	114
<i>dantrolene sodium</i>	114	<i>diabetes health formula</i>	140	DOPTLET.....	86
DANZITEN.....	18	DIABETIDERM.....	167	<i>doxazosin hcl</i>	90
<i>dapsone</i>	44	DIABETIDERM FOOT		<i>doxazosin mesylate</i>	51
DAPTACEL.....	32	REJUVENATING.....	167	<i>doxepin hcl</i>	115, 121
<i>daptomycin</i>	44	DIACOMIT.....	110	<i>doxorubicin hcl</i>	26
<i>darunavir</i>	40	DIALYVITE.....	140	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	26
<i>dasatinib</i>	18	DIALYVITE 3000.....	140	DOXY 100.....	50
DASETTA 1/35 (28).....	60	DIALYVITE 5000.....	140	<i>doxycycline hyclate</i>	50
DASETTA 7/7/7.....	60	DIALYVITE 800.....	140	<i>doxycycline monohydrate</i>	50
DAURISMO.....	18	<i>dialyvite 800/ultra d</i>	140	DRISDOL.....	141
DAYSEE.....	60	DIALYVITE 800/ZINC.....	140	DRIZALMA SPRINKLE.....	115
DAYVIGO.....	120	DIALYVITE 800-ZINC 15.....	140	<i>dronabinol</i>	76
D-CERIN.....	166	DIALYVITE SUPREME D.....	140	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	61
DDROPS.....	140	DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	140	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	61
DEBLITANE.....	60	DIALYVITE/ZINC.....	140	<i>droxidopa</i>	56
DEBROX.....	169	<i>diamode</i>	75	DRY EYE FORMULA.....	141
DECARA.....	140	DIATRUST COVID-19 HOME		<i>dry eye relief drops</i>	92
DECONEX IR.....	103	TEST.....	44	<i>dss</i>	80
DECUBI-VITE.....	140	<i>diazepam</i>	110, 122	DULERA.....	99
<i>deferasirox</i>	59	DIAZEPAM INTENSOL.....	110	<i>duloxetine hcl</i>	115
<i>dekas bariatric</i>	140	<i>diazoxide</i>	59	DUPIXENT.....	27
DEKAS PLUS.....	140	<i>diclofenac potassium</i>	34	DUREX REALFEEL.....	61
DEKAS PLUS OCEAN.....	140	<i>diclofenac sodium</i>	34, 92, 167	<i>dutasteride</i>	85
DELSTRIGO.....	42	<i>diclofenac sodium er</i>	34	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	85
DELSYM.....	104	<i>dicloxacillin sodium</i>	50	D-VI-SOL.....	141
DELSYM CGH/CHEST CONG DM		<i>dicyclomine hcl</i>	77	<i>d-vite pediatric</i>	141
CHILD.....	103	<i>diethylpropion hcl</i>	72	DYNA-HEX 4.....	167
DELSYM COUGH CHILDRENS.....	104	<i>diethylpropion hcl er</i>	72	<i>e 1000</i>	141
DELSYM COUGH/CHEST		DIFFERIN.....	161	E.E.S. 400.....	49
CONGEST DM.....	104	DIFICID.....	49	<i>e200</i>	141
<i>delta d3</i>	140	<i>diflunisal</i>	34	<i>e-200</i>	141
DENGVAZIA.....	32	<i>digoxin</i>	56	<i>ear drops</i>	169
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	60	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	121	<i>earwax removal</i>	169
DEPO-TESTOSTERONE.....	59	DILANTIN.....	110	<i>earwax removal kit</i>	169
DERMABASE.....	166	<i>diltiazem hcl</i>	53	EASIVENT.....	100
DERMACINRX FOLTAMIN.....	140	<i>diltiazem hcl er</i>	53	EASIVENT MASK LARGE.....	100
DERMACINRX MULTITAM.....	140	<i>diltiazem hcl er beads</i>	53	EASIVENT MASK MEDIUM.....	100
DERMACINRX RIBOTIN-E.....	140	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	53	EASIVENT MASK SMALL.....	100
DERMACINRX ZINTREXYL-C.....	140	<i>dilt-xr</i>	53	<i>econazole nitrate</i>	163
DESCOVY.....	42	<i>diphenhydramine hcl</i>	96	ECOTRIN.....	37
DESENEX.....	163	<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	96	ECOTRIN ARTHRTIS PAIN.....	37
<i>desipramine hcl</i>	115	<i>diphenhydramine-zinc acetate</i>	167	ECOTRIN LOW STRENGTH.....	37
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	69	<i>diphenoxylate-atropine</i>	77	<i>ed chlorped jr</i>	96
<i>desmopressin acetate</i>	69	<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>	32	<i>ed-a-hist dm</i>	104
<i>desmopressin acetate pf</i>	69	<i>dipyridamole</i>	90		
<i>desmopressin acetate spray</i>	69	<i>disopyramide phosphate</i>	51		
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	60	<i>disulfiram</i>	122		

<i>ed-apap</i>	37	<i>eq complete multivit adult 50+</i>	141	ESTARYLLA.....	61
EDURANT.....	40	<i>eq complete multivitamin child</i>	141	ESTER-C.....	142
<i>efavirenz</i>	40	<i>eq complete multivitamin-adult</i>	141	<i>estradiol</i>	71
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	42	<i>eq cough dm</i>	104	<i>estradiol valerate</i>	71
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	42	<i>eq multivitamin gummies</i>	141	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	71
ELDERTONIC.....	141	<i>eq one daily mens 50+</i>	141	ESTROVEN MENOPAUSE	
ELFOLATE PLUS.....	141	<i>eq one daily mens health</i>	141	SUPPLEMENT.....	142
ELIGARD.....	15	<i>eq one daily womens health</i>	141	<i>eszopiclone</i>	121
ELINEST.....	61	<i>eq slow-release iron</i>	87	<i>ethambutol hcl</i>	41
ELIQUIS.....	85	<i>eq space chamber anti-static</i>	100	<i>ethosuximide</i>	110
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	85	<i>eq space chamber anti-static l</i>	100	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	61
<i>ellume covid-19 home test</i>	44	<i>eq space chamber anti-static m</i>	100	<i>etodolac</i>	34
ELURYNG.....	61	<i>eq space chamber anti-static s</i>	100	<i>etodolac er</i>	34
EMERGEN-C VITAMIN C.....	141	<i>eq therapeutic moisturizing</i>	167	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	61
EMGALITY.....	121	<i>eq l all day allergy</i>	96	<i>etoposide</i>	26
EMGALITY (300 MG DOSE).....	121	<i>eq l b complex 50</i>	141	<i>etravirine</i>	40
EMOLLIA-CREME.....	167	<i>eq l b-12</i>	141	<i>eucerin advanced repair</i>	167
<i>emollient base</i>	57	<i>eq l b-6</i>	141	EUCERIN ADVANCED REPAIR	
EMSAM.....	115	<i>eq l biotin</i>	141	HAND.....	167
<i>emtricitabine</i>	40	<i>eq l calcium citrate/vitamin d</i>	130	EUCERIN CALMING DAILY	
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	42	<i>eq l calcium citrate/vitamin d3</i>	130	MOIST.....	167
EMTRIVA.....	40	<i>eq l calcium/vitamin d</i>	130	EUCERIN PLUS.....	167
EMVERM.....	44	<i>eq l calcium/vitamin d3</i>	130	EUCERIN SKIN CALMING.....	167
EMZAHH.....	61	<i>eq l century</i>	141	EULEXIN.....	16
<i>enalapril maleate</i>	56	<i>eq l century mature</i>	141	EUTHYROX.....	58
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	55	<i>eq l century mature adults 50+</i>	141	EVAC.....	80
ENBREL.....	27, 28	<i>eq l century mens</i>	141	EVAC-U-GEN.....	80
ENBREL MINI.....	27	<i>eq l child multivit/minerals</i>	141	<i>everolimus</i>	18, 31
ENBREL SURECLICK.....	28	<i>eq l coq10</i>	124	EVOTAZ.....	42
ENDOCET.....	36	<i>eq l cough dm</i>	104	EXEL COMFORT POINT PEN	
ENDUR-ACIN.....	141	<i>eq l iron supplement therapy</i>	87	NEEDLE.....	66
ENDUR-C.....	141	<i>eq l one daily mens 50+ advance</i> ...	141	<i>exemestane</i>	16
<i>enema</i>	80	<i>eq l one daily mens health</i>	141	<i>eye health + lutein</i>	142
<i>enema ready-to-use</i>	80	<i>eq l one daily womens 50+ adv</i>	141	<i>eye multivitamin/sodium</i>	142
ENEMEEZ KIDS MINI ENEMA.....	80	<i>eq l slow release iron</i>	87	EYSUVIS.....	92
ENEMEEZ MINI.....	80	<i>eq l super b complex/vitamin c</i>	141	<i>ezetimibe</i>	52
ENEMEEZ PLUS.....	80	<i>eq l vision formula</i>	141	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	52
ENFAMIL ENFALYTE.....	126	<i>eq l vitamin b-12</i>	141	FABRAZYME.....	69
ENGERIX-B.....	32	<i>eq l vitamin c</i>	141	FALMINA.....	61
ENILLORING.....	61	<i>eq l vitamin c/rose hips</i>	141	<i>famciclovir</i>	46
<i>enoxaparin sodium</i>	85	<i>eq l vitamin d3</i>	142	<i>famotidine</i>	73
ENPRESSE-28.....	61	<i>eq l vitamin e</i>	142	<i>famotidine (pf)</i>	73
ENSKYCE.....	61	<i>ergocalciferol</i>	142	<i>famotidine premixed</i>	73
ENSTILAR.....	164	<i>ergotamine-caffeine</i>	121	FANAPT.....	117
<i>entacapone</i>	113	ERIVEDGE.....	18	FANAPT TITRATION PACK.....	117
<i>entecavir</i>	46	ERLEADA.....	15, 16	FANTASY LUBRICATED.....	61
ENTRESTO.....	54	<i>erlotinib hcl</i>	18	FANTASY	
<i>enulose</i>	80	ERRIN.....	61	LUBRICATED/SPERMICIDE.....	61
EPCLUSA.....	46	<i>ertapenem sodium</i>	44	FARXIGA.....	67
EPIDIOLEX.....	110	<i>ery</i>	161	FASENRA.....	100
<i>epinephrine</i>	100	ERY-TAB.....	49	FASENRA PEN.....	100
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	56	ERYTHROCIN LACTOBIONATE...	49	FC2 FEMALE CONDOM.....	61
EPITOL.....	110	<i>erythromycin</i>	49, 91, 161	FEIRZA 1.5/30.....	61
<i>eplerenone</i>	51	<i>erythromycin base</i>	49	FEIRZA 1/20.....	61
EPRONTIA.....	110	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	49	<i>felbamate</i>	110
<i>epsom salt</i>	80	<i>erythromycin lactobionate</i>	49	<i>felodipine er</i>	53
<i>eq calcium 500+d</i>	129	<i>escitalopram oxalate</i>	115	<i>fem-cal citrate</i>	130
<i>eq calcium 600+d</i>	129	<i>esomeprazole magnesium</i>	79	<i>fenofibrate</i>	52
<i>eq calcium 600+d+minerals</i>	129	ESSENTIA.....	142	<i>fenofibrate micronized</i>	52
<i>eq calcium citrate+d</i>	129	<i>essential balance</i>	142	<i>fentanyl</i>	35

FERAHEME.....	87	FLINTSTONES/MY FIRST.....	142	ft allergy childrens.....	96
FERATE.....	87	FLORIVA PLUS.....	142	ft allergy relief.....	96
FERGON.....	87	FLOWFLEX COVID-19 AG HOME		ft allergy relief 12 hour.....	96
FERIVA 21/7 (WITH DOCUSATE) ..	87	TEST.....	44	ft allergy relief 24 hour.....	96
ferocon.....	87	fluconazole.....	42, 43	ft allergy relief childrens.....	96
FEROSUL.....	87	fluconazole in sodium chloride.....	42	ft allergy relief-d.....	104
FERRALET 90.....	87	flucytosine.....	43	ft antacid & antigas.....	74
ferretts.....	87	fludrocortisone acetate.....	72	ft antacid regular strength.....	74
FERREX 150.....	87	flunisolide.....	102	ft anti-diarrheal.....	75
ferric x-150.....	87	fluocinolone acetonide.....	95, 164, 165	ft antifungal.....	163
FERRLECIT.....	88	fluocinolone acetonide body.....	164	ft aspirin.....	38
ferrous fumarate.....	88	fluocinolone acetonide scalp.....	165	ft aspirin low dose.....	38
ferrous gluconate.....	88	fluocinonide.....	165	ft athletes foot (clotrimaz).....	163
ferrous sulfate.....	88	fluocinonide emulsified base.....	165	ft athletes foot (terbinafine).....	163
ferrous sulfate er.....	88	fluorometholone.....	92	ft children's pain/fever.....	38
FETZIMA.....	116	fluorouracil.....	25, 167	ft clearlax.....	80
FETZIMA TITRATION.....	116	fluoxetine hcl.....	116	ft earwax removal.....	169
FEVERALL ADULTS.....	37	fluphenazine decanoate.....	117	ft earwax removal kit.....	169
FEVERALL CHILDRENS.....	37	fluphenazine hcl.....	117, 118	ft enteric coated aspirin.....	38
FEVERALL INFANTS.....	37	flurbiprofen.....	34	ft fiber laxative.....	80
FEVERALL JUNIOR STRENGTH... 38		flurbiprofen sodium.....	92	ft gas relief.....	77
fexofenadine hcl.....	96	fluticasone propionate.....	102, 165	ft gas relief extra strength.....	77
FIASP.....	66	fluticasone-salmeterol.....	99	ft gas relief infants.....	77
FIASP FLEXTOUCH.....	66	fluvoxamine maleate.....	114	ft gas relief ultra strength.....	77
FIASP PENFILL.....	66	folate.....	142	ft gentle laxative.....	80
FIASP PUMPCART.....	66	folbee.....	142	ft ibuprofen.....	34
fiber.....	80	folbee plus.....	142	ft ibuprofen childrens.....	34
fiber laxative.....	80	FOLBIC.....	142	ft ibuprofen ib childrens.....	34
fiber laxative + calcium.....	80	folic acid.....	142	ft laxative.....	80
fiber-lax.....	80	FOLIFLEX.....	142	ft lice killing max st.....	165
finasteride.....	85	folika-bc.....	143	ft milk of magnesia.....	80
FINEST NUTRITION VITAMIN B-		FOLITAB 500.....	88	ft mineral oil.....	80
12.....	142	folite.....	143	ft mucus relief 12hr.....	104
fingolimod hcl.....	114	FOLITIN-Z.....	143	ft mucus relief dm.....	104
FINTEPLA.....	110	FOLIVANE-F.....	88	ft nasal decongestant max str.....	104
FINZALA.....	61	FOLIVANE-PLUS.....	88	ft nasal decongestant pe.....	104
FIRMAGON.....	16	FOLIXAPURE.....	143	ft nasal spray.....	104
FIRMAGON (240 MG DOSE).....	16	folplex 2.2.....	143	ft nicotine.....	122
first aid antiseptic.....	167	FOLTABS 800.....	143	ft pain relief.....	38
FLAC.....	95	FOLTANX.....	143	ft pain relief adult extra st.....	38
FLAREX.....	92	FOLTRATE.....	143	ft senna laxatives.....	80
FLEBOGAMMA DIF.....	30	FOLTREXYL.....	143	ft senna-s.....	80
flecainide acetate.....	51	fondaparinux sodium.....	86	ft stomach relief.....	75
FLEET ENEMA.....	80	fosamprenavir calcium.....	40	ft stool softener.....	80
FLEXICHAMBER.....	100	fosinopril sodium.....	56	ft tussin adult.....	104
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-		fosinopril sodium-hctz.....	55	ft tussin cf adult.....	104
3 DHA.....	142	FOTIVDA.....	18	full spectrum b/vitamin c.....	143
FLINTSTONES COMPLETE.....	142	freedavite.....	143	FULPHILA.....	87
FLINTSTONES GUMMIES.....	142	FRINDOVYX.....	15	fulvestrant.....	16
FLINTSTONES GUMMIES BONE		fruit c.....	143	FUNGOID TINCTURE.....	163
BUILD.....	142	fruit c 500.....	143	furosemide.....	55
FLINTSTONES GUMMIES		fruity c.....	143	FUSION.....	88
COMPLETE.....	142	fruity chews.....	143	FUSION PLUS.....	88
FLINTSTONES GUMMIES-		FRUZAQLA.....	18	FUZEON.....	40
IMMUNITY.....	142	ft 12 hour cough relief.....	104	FYAVOLV.....	71
FLINTSTONES PLUS CALCIUM... 142		ft 8 hour pain relief.....	38	FYCOMPA.....	110
FLINTSTONES PLUS EXTRA		ft all day allergy.....	96	gabapentin.....	111, 122
IRON.....	142	ft all day allergy 24 hour.....	96	galantamine hydrobromide.....	114
FLINTSTONES SOUR GUMMIES.....	142	ft all day allergy relief.....	96	galantamine hydrobromide er.....	114
FLINTSTONES W/IRON.....	142	ft all day allergy-d.....	104	GALLIFREY.....	73

GAMASTAN.....	30	glipizide xl.....	67, 68	gnp electrolyte solution.....	126
GAMMAGARD.....	30	glipizide-metformin hcl.....	68	gnp epsom salt.....	81
GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	30	global alcohol prep ease.....	66	gnp essential one daily.....	143
GAMMAKED.....	30	glucoten.....	143	gnp fiber.....	81
GAMMAPLEX.....	30	glutamine.....	124	gnp fiber-caps.....	81
GAMUNEX-C.....	30	GLUTOSE 5.....	59	gnp folic acid.....	143
ganciclovir sodium.....	46	glycerin (adult).....	81	gnp gas relief.....	78
GARDASIL 9.....	32	glycerin (infants & children).....	81	gnp gas relief extra strength.....	78
gas relief.....	77	glycerin adult.....	81	gnp gentle laxative.....	81
gas relief extra strength.....	77	glycerin childrens.....	81	gnp glycerin (adult).....	81
gas relief infants.....	77	GLYCOLAX.....	81	gnp glycerin child.....	81
gas relief ultra strength.....	77	glycopyrrolate.....	77	gnp hair/skin/nails.....	143
GAS-X EXTRA STRENGTH.....	77	GLYDO.....	161	gnp healthy eyes.....	143
GAS-X ULTRA STRENGTH.....	77	GLYXAMBI.....	68	gnp ibuprofen.....	34
gatifloxacin.....	91	gnp 8 hour arthritis relief.....	38	gnp ibuprofen childrens.....	34
GATTEX.....	77	gnp 8 hour pain relief.....	38	gnp ibuprofen infants.....	34
gavilax.....	80	gnp 8 hour pain reliever.....	38	gnp infant gas relief.....	78
GAVILYTE-C.....	80	gnp acetaminophen.....	38	gnp infants pain/fever.....	38
GAVILYTE-G.....	80	gnp all day allergy.....	96	gnp iron.....	88
GAVILYTE-N WITH FLAVOR		gnp all day allergy childrens.....	96	gnp lice treatment.....	165
PACK.....	80	gnp all day allergy-d.....	104	gnp lidocaine pain relief.....	167
GAVRETO.....	18	gnp allergy.....	97	gnp little ones childrens.....	143
gefitinib.....	18	gnp allergy & congestion.....	104	gnp loperamide hcl.....	75
gemcitabine hcl.....	25	gnp allergy relief.....	97	gnp loratadine.....	97
gemfibrozil.....	52	gnp allergy relief 24 hr.....	97	gnp loratadine childrens.....	97
GEMTESA.....	84	gnp allergy relief max st.....	97	gnp lubricant eye drops (pf).....	93
genadek step 1.....	143	gnp allergy/congestion relief.....	104	gnp lubricating plus eye drops.....	93
genadek step 2.....	143	gnp antacid.....	74	gnp magnesium oxide.....	74
generlac.....	80	gnp antacid & anti-gas.....	74	gnp mega multi for men.....	143
GENGRAF.....	31	gnp antacid regular strength.....	74	gnp mega multi for women.....	143
GENOTROPIN.....	70	gnp antibacterial urinary pain.....	44	gnp melatonin.....	124
GENOTROPIN MINISQUICK.....	70	gnp anti-diarrheal.....	75	gnp melatonin maximum strength.....	124
gentamicin in saline.....	44	gnp anti-gas.....	77	gnp miconazole 1.....	84
gentamicin sulfate.....	44, 91, 162	gnp anti-itch.....	167	gnp miconazole 3.....	84
GENTEAL SEVERE.....	93	gnp antiseptic skin cleanser.....	167	gnp miconazole 7.....	84
GENTEAL TEARS.....	93	gnp artificial tears.....	93	gnp miconazorb af.....	163
GENTEAL TEARS MODERATE PF.....	93	gnp aspirin.....	38	gnp milk of magnesia.....	81
GENTEAL TEARS PF.....	93	gnp aspirin low dose.....	38	gnp mineral oil.....	81
GENTEAL TEARS SEVERE		gnp athletes foot.....	163	gnp mucus er.....	104
DAY/NIGHT.....	93	gnp bacitracin zinc.....	162	gnp nasal decongestant.....	104, 105
gentle laxative.....	80	gnp biotin.....	143	gnp nasal decongestant pe.....	105
gentlelax.....	80	gnp cal mag zinc +d3.....	130	gnp nasal four spray.....	105
GENVOYA.....	42	gnp calamine.....	167	gnp nasal spray.....	105
GERBER GROW MIGHTY.....	143	gnp calcium.....	130	gnp nasal spray extra moist.....	105
GERBER LIL' BRAINIES.....	143	gnp calcium 500 +d3.....	130	gnp nasal spray fast acting.....	105
geri-dryl.....	96	gnp calcium 600 +d/minerals.....	130	gnp natural fiber.....	81
geri-kot.....	80	gnp calcium 600 +d3.....	130	gnp nicotine.....	122
geri-lanta.....	74	gnp calcium citrate +d3.....	130	gnp nicotine mini.....	122
geri-lanta maximum strength.....	74	gnp childrens allergy.....	97	gnp nicotine polacrilex.....	122
geri-mox.....	74	gnp childrens chewables/ex c.....	143	gnp no drip nasal spray.....	105
GERITOL COMPLETE.....	143	gnp children's pain & fever.....	38	gnp one daily mens health 50+.....	143
geri-tussin.....	104	GNP CLEARLAX.....	81	gnp one daily mens/lycopene.....	143
gerivite complete.....	143	gnp clotrimazole 3.....	84	gnp one daily womens.....	143
GILOTTRIF.....	18	gnp co q10.....	124	gnp one daily womens 50+.....	143
glatiramer acetate.....	114	gnp co q-10.....	124	gnp pain & fever childrens.....	38
GLATOPA.....	114	gnp cough dm er.....	104	gnp pain & fever infants.....	38
GLEOSTINE.....	15	gnp d 1000.....	143	gnp pain relief.....	38
glimepiride.....	67	gnp earwax removal drops.....	169	gnp pain relief extra strength.....	38
glipizide.....	67	gnp earwax removal kit.....	169	gnp pain relief nighttime.....	122
glipizide er.....	67			gnp petroleum jelly.....	57

<i>gnp pink bismuth</i>	75	<i>goodsense enema</i>	81	HEATHER.....	61
<i>gnp pink bismuth ultra str</i>	75	<i>goodsense epsom salt</i>	81	<i>h-e-b oral electrolyte</i>	126
<i>gnp povidone-iodine</i>	167	<i>goodsense first aid antibiotic</i>	162	HEMATEX.....	88
<i>gnp prenatal</i>	143	<i>goodsense ibuprofen</i>	34	<i>hematinic/folic acid</i>	88
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr</i>	105	<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	34	HEMATOGEN FA.....	88
<i>gnp senna lax</i>	81	<i>goodsense ibuprofen infants</i>	34	HEMATOGEN FORTE.....	88
<i>gnp senna plus</i>	81	<i>goodsense lice killing</i>	165	HEMOCYTE PLUS.....	88
<i>gnp stomach relief</i>	75	<i>goodsense lubricating eye drop</i>	93	<i>heparin (porcine) in nacl</i>	86
<i>gnp stool softener</i>	81	<i>goodsense milk of magnesia</i>	81	<i>heparin sodium (porcine)</i>	86
<i>gnp stool softener ex st</i>	81	<i>goodsense mineral oil</i>	81	<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	86
<i>gnp stool softener/laxative</i>	81	<i>goodsense mucus er</i>	105	HEPLISAV-B.....	32
<i>gnp terbinafine hydrochloride</i>	163	<i>goodsense mucus relief child</i>	105	HERCEPTIN.....	19
<i>gnp therapeutic-m</i>	143	<i>goodsense nicotine</i>	122, 123	HERCEPTIN HYLECTA.....	18
<i>gnp tolnaftate</i>	163	<i>goodsense pain & fever child</i>	38	HERZUMA.....	19
<i>gnp triple antibiotic</i>	162	<i>goodsense pain & fever infants</i>	38	HIBERIX.....	32
<i>gnp triple antibiotic plus</i>	162	<i>goodsense pain relief</i>	38	HIBICLENS.....	167
<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	105	<i>goodsense pain relief extra st</i>	38	<i>high potency multivit/fa</i>	144
<i>gnp tussin cough long acting</i>	105	<i>goodsense senna laxative</i>	81	<i>high potency multivitamin</i>	144
<i>gnp tussin dm</i>	105	<i>goodsense stomach relief</i>	75	<i>hm adult aspirin</i>	39
<i>gnp tussin dm cough</i>	105	<i>goodsense stool softener</i>	81	<i>hm all day allergy childrens</i>	97
<i>gnp tussin dm max</i>	105	<i>goodsense tussin cf</i>	105	<i>hm arthritis pain relief</i>	39
<i>gnp tussin mucus & chest cong</i>	105	<i>goodsense tussin dm</i>	105	<i>hm calcium citrate+d3 petite</i>	130
<i>gnp vitamin a</i>	144	<i>goodsense tussin dm max</i>	105	<i>hm complete men</i>	144
<i>gnp vitamin b-1</i>	144	<i>goodsense ultra lubricant drop</i>	93	<i>hm complete women</i>	144
<i>gnp vitamin b-12</i>	144	<i>granisetron hcl</i>	76	<i>hm cough dm</i>	105
<i>gnp vitamin b-6</i>	144	<i>griseofulvin microsize</i>	43	<i>hm enema</i>	81
<i>gnp vitamin c</i>	144	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	43	<i>hm fexofenadine hcl</i>	97
<i>gnp vitamin c drops</i>	144	<i>guaifenesin</i>	105	<i>hm ibuprofen childrens</i>	34
<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	144	<i>guaifenesin er</i>	105	<i>hm loratadine</i>	97
<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	144	<i>guaifenesin-codeine</i>	105	<i>hm loratadine childrens</i>	97
<i>gnp vitamin d</i>	144	<i>guaifenesin-dm</i>	105	<i>hm nicotine polacrilex</i>	123
<i>gnp vitamin d maximum strength</i> ...	144	<i>guanfacine hcl</i>	56	<i>hm pain relief</i>	39
<i>gnp vitamin d super strength</i>	144	<i>guanfacine hcl er</i>	120	<i>hm petroleum jelly</i>	57
<i>gnp vitamin d3</i>	144	GUMMI BEAR		<i>hm stomach relief</i>	75
<i>gnp vitamin d3 extra strength</i>	144	MULTIVITAMIN/MIN.....	144	<i>hm stomach relief ultra</i>	75
<i>gnp vitamin e</i>	144	HAEGARDA.....	86	<i>hm stool softener/laxative</i>	81
<i>gnp womens gentle laxative</i>	81	HAILEY 1.5/30.....	61	<i>hm womens 50+ advanced daily</i> ...	144
<i>gnp zinc oxide</i>	167	HAILEY 24 FE.....	61	HONEY BEARS W/IRON-ZINC.....	144
GOLD BOND ULTIMATE		<i>hair skin & nails</i>	144	HUMIRA (2 PEN).....	28
HEALING.....	167	<i>hair skin & nails advanced</i>	144	HUMIRA (2 SYRINGE).....	28
GOMEKLI.....	18	<i>hair skin nails</i>	144	HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	28
<i>goodsense advanced antacid</i>	74	<i>hair/skin/nails</i>	144	HUMIRA-PED>/=40KG UC	
<i>goodsense all day allergy</i>	97	<i>halobetasol propionate</i>	165	STARTER.....	28
<i>goodsense all day allergy-d</i>	105	HALOETTE.....	61	HUMIRA-PSORIASIS/UEIT	
<i>goodsense aller-ease</i>	97	<i>haloperidol</i>	118	STARTER.....	28
<i>goodsense allergy relief</i>	97	<i>haloperidol decanoate</i>	118	HUMULIN R U-500	
<i>goodsense allergy relief child</i>	97	<i>haloperidol lactate</i>	118	(CONCENTRATED).....	66
<i>goodsense antacid</i>	74	HARD NAILS.....	144	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	66
<i>goodsense antacid & gas relief</i>	74	HARVONI.....	46	HYCODAN.....	105
<i>goodsense anti-diarrheal</i>	75	HAVRIX.....	32	<i>hydralazine hcl</i>	56
<i>goodsense arthritis pain</i>	38	<i>healthy eyes</i>	144	HYDRALYTE.....	126
<i>goodsense artificial tears</i>	93	<i>healthy eyes supervision 2</i>	144	HYDRASYN25.....	167
<i>goodsense aspirin adults</i>	38	<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin</i>	144	<i>hydrochlorothiazide</i>	55
<i>goodsense aspirin low dose</i>	38	<i>healthy hair/skin/nails</i>	144	<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	105
<i>goodsense athletes foot</i>	163	<i>healthy kids gummies</i>	144	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	35
<i>goodsense bisacodyl laxative</i>	81	HEALTHY MAMA SHAKE THAT		<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	106
GOODSENSE CLEARLAX.....	81	ACHE.....	38	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	36
<i>goodsense cough dm</i>	105	HEALTHY MAMA TAME THE		<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	36
<i>goodsense cough dm childrens</i>	105	FLAME.....	74	<i>hydrocortisone</i>	72, 79, 165
<i>goodsense electrolyte</i>	126	HEALTHYLAX.....	81	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	167

<i>hydrocortisone sod suc (pf)</i>	72	INREBIC.....	19	JOLESSA.....	61
<i>hydrocortisone valerate</i>	165	INSPIREASE.....	100	JULEBER.....	61
<i>hydromet</i>	106	INTEGRA.....	88	JULUCA.....	42
<i>hydromorphone hcl</i>	36	INTEGRA F.....	88	JUNEL 1.5/30.....	61
<i>hydrous emulsified base</i>	57	INTEGRA PLUS.....	88	JUNEL 1/20.....	61
<i>hydroxocobalamin acetate</i>	145	INTELENCE.....	40	JUNEL FE 1.5/30.....	61
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	30	INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST.....	44	JUNEL FE 1/20.....	62
<i>hydroxyurea</i>	26	INTRALIPID.....	133	JUNEL FE 24.....	62
<i>hydroxyzine hcl</i>	97	INTROVALE.....	61	<i>just 4 kidz multivit/probiotic</i>	145
<i>hydroxyzine pamoate</i>	97	INVEGA HAFYERA.....	118	JYLAMVO.....	30
<i>hylazinc</i>	145	INVEGA SUSTENNA.....	118	JYNNEOS.....	32
<i>ibandronate sodium</i>	73	INVEGA TRINZA.....	118	KADCYLA.....	19
IBRANCE.....	19	IPOL.....	32	KAITLIB FE.....	62
IBU.....	34	<i>ipratropium bromide</i>	95	KALYDECO.....	101
<i>ibuprofen</i>	35	<i>ipratropium-albuterol</i>	99	KANJINTI.....	19
<i>ibuprofen childrens</i>	34	<i>irbesartan</i>	51	KARIVA.....	62
<i>ibuprofen infants</i>	34	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	54	<i>kcl (0.149%) in nacl</i>	125
<i>ibuprofen junior strength</i>	35	<i>irinotecan hcl</i>	26	<i>kcl in dextrose-nacl</i>	125
ICAPS.....	145	<i>iron</i>	88	KELNOR 1/35.....	62
ICAPS AREDS FORMULA.....	145	<i>iron 27</i>	88	KELNOR 1/50.....	62
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	145	<i>iron chews pediatric</i>	88	KERADAN.....	167
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN...	145	<i>iron folate plus</i>	88	KERENDIA.....	51
ICAPS MV.....	145	<i>iron folate-f</i>	88	KERR TRIPLE DYE SWABS.....	167
ICAR.....	88	<i>iron high-potency</i>	88	KESIMPTA.....	114
<i>icatibant acetate</i>	86	<i>iron slow release</i>	88	<i>ketoconazole</i>	43, 163
ICLEVIA.....	61	<i>iron supplement</i>	89	KETO-DIASTIX.....	70
ICLUSIG.....	19	IRON UP.....	89	<i>ketorolac tromethamine</i>	92
IDACIO (2 PEN).....	28	IS-D 10,000.....	145	KEYTRUDA.....	19
IDACIO (2 SYRINGE).....	28	ISENTRESS.....	40	<i>kimono</i>	62
IDACIO-PSORIASIS STARTER.....	28	ISENTRESS HD.....	40	KIMONO COLORS.....	62
IDHIFA.....	19	ISIBLOOM.....	61	KIMONO MAXX-LARGE FLARE.....	62
IFEREX 150.....	88	ISOLYTE-P IN D5W.....	125	<i>kimono micro thin</i>	62
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST..	44	ISOLYTE-S PH 7.4.....	125	<i>kimono micro thin plus</i>	62
<i>imatinib mesylate</i>	19	<i>isoniazid</i>	41	<i>kimono plus</i>	62
IMBRUVICA.....	19	<i>isosorbide dinitrate</i>	57	<i>kimono sensation</i>	62
<i>imipenem-cilastatin</i>	44	<i>isosorbide mononitrate er</i>	57	<i>kimono sensation plus</i>	62
<i>imipramine hcl</i>	116	<i>isotretinoin</i>	161	KIMONO SPECIAL.....	62
<i>imiquimod</i>	167	<i>isradipine</i>	53	KINDERLYTE.....	126
<i>imkeldi</i>	19	<i>itch relief extra strength</i>	167	KINDERLYTE PREMAX.....	126
<i>immune support</i>	145	ITOVEBI.....	19	KINRIX.....	32
IMMUNERX.....	145	<i>itraconazole</i>	43	KIONEX.....	59
IMOVAX RABIES.....	32	<i>ivabradine hcl</i>	56	KISQALI (200 MG DOSE).....	20
IMPAVIDO.....	44	<i>ivermectin</i>	44	KISQALI (400 MG DOSE).....	20
INBRIJA.....	113	<i>i-vite</i>	145	KISQALI (600 MG DOSE).....	20
INCASSIA.....	61	IWILFIN.....	26	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	20
INCRELEX.....	70	IXCHIQ.....	32	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	20
INCRUSE ELLIPTA.....	95	IXIARO.....	32	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	20
<i>indapamide</i>	55	JAKAFI.....	19	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	20
INDICAID COVID-19 RAPID TEST..	44	JANTOVEN.....	86	KLAYESTA.....	163
INFANRIX.....	32	JANUMET.....	68	KLOR-CON.....	126
<i>infants gas relief</i>	78	JANUMET XR.....	68	KLOR-CON 10.....	126
<i>infants ibuprofen</i>	35	JANUVIA.....	68	KLOR-CON M10.....	126
INFED.....	88	JARDIANCE.....	68	KLOR-CON M15.....	126
<i>infliximab</i>	28	JASMIEL.....	61	KLOR-CON M20.....	126
INFUVITE ADULT.....	145	JAVYGTOR.....	70	KLS ALLERCLEAR D-24HR.....	106
INFUVITE PEDIATRIC.....	145	JAYPIRCA.....	19	KLS ALLER-TEC D.....	106
INJECTAFER.....	88	JENTADUETO.....	68	<i>kobee</i>	145
INLYTA.....	19	JENTADUETO XR.....	68	KOSELUGO.....	20
INQOVI.....	25	JINTELI.....	71		

KOURZEQ.....	160	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	20	LOESTRIN 1.5/30 (21).....	62
<i>kp adults 50+ daily formula</i>	145	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	20	LOESTRIN 1/20 (21).....	62
<i>kp adults daily formula</i>	145	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	20	LOESTRIN FE 1.5/30.....	63
<i>kp b complex-c</i>	145	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	20	LOESTRIN FE 1/20.....	63
<i>kp bisacodyl</i>	81	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	20	<i>lohist-dm</i>	106
<i>kp calcium 600+d</i>	130	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	20	LOKELMA.....	59
<i>kp calcium citrate+d</i>	130	LESSINA.....	62	LOMAIRA.....	72
<i>kp calcium-magnesium-zinc</i>	130	<i>letrozole</i>	16	LONSURF.....	25
<i>kp ferrous gluconate</i>	89	<i>leucovorin calcium</i>	25	<i>loperamide hcl</i>	76, 78
<i>kp ferrous sulfate</i>	89	LEUKERAN.....	15	<i>lopinavir-ritonavir</i>	42
<i>kp folic acid</i>	145	<i>leuprolide acetate</i>	16	<i>loradamed</i>	97
<i>kp mag-oxide magnesium</i>	130	<i>levalbuterol hcl</i>	98	<i>loratadine</i>	97
<i>kp melatonin</i>	124	<i>levalbuterol tartrate</i>	98	<i>loratadine childrens</i>	97
<i>kp mens 50+ daily formula</i>	145	<i>levetiracetam</i>	111, 122	<i>loratadine-d 12hr</i>	106
<i>kp mens daily formula</i>	145	<i>levetiracetam er</i>	111	<i>loratadine-d 24hr</i>	106
<i>kp niacin</i>	145	<i>levetiracetam in nacl</i>	122	<i>lorazepam</i>	114
<i>kp prenatal multivitamins</i>	145	<i>levobunolol hcl</i>	90	LORAZEPAM INTENSOL.....	114
<i>kp pseudoephedrine hcl</i>	106	<i>levocarnitine</i>	70	LORBRENA.....	20
<i>kp senna</i>	82	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	97	LORYNA.....	63
KP VISION FORMULA.....	145	<i>levofloxacin</i>	49	<i>losartan potassium</i>	51
KP VISION FORMULA/LUTEIN.....	145	<i>levofloxacin in d5w</i>	49	<i>losartan potassium-hctz</i>	54
<i>kp vitamin b-12</i>	145	LEVONEST.....	62	LOTEMAX.....	92
<i>kp vitamin b-6</i>	145	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	62	<i>loteprednol etabonate</i>	92
<i>kp vitamin d</i>	145	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	62	<i>lovastatin</i>	52
<i>kp vitamin d3</i>	145	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	62	LOW-OGESTREL.....	63
<i>kp womens 50+ daily formula</i>	145	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	62	<i>loxapine succinate</i>	118
<i>kp womens daily formula</i>	145	LEVORA 0.15/30 (28).....	62	<i>lubricant eye drops</i>	93
K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL		LEVO-T.....	58	<i>lubricant eye drops (pf)</i>	93
ST.....	145	<i>levothyroxine sodium</i>	58	<i>lubricant eye drops pf</i>	93
KRAZATI.....	20	LEVOXYL.....	58	<i>lubricating eye drops</i>	93
KURVELO.....	62	<i>l-glutamine</i>	86, 124	LUMAKRAS.....	20, 21
<i>labetalol hcl</i>	53	<i>lice killing</i>	165	LUMIGAN.....	90
LAC-HYDRIN FIVE.....	167	<i>lice killing maximum strength</i>	165	LUMIZYME.....	70
<i>lacosamide</i>	111, 122	<i>lidocaine</i>	161, 167	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	16
<i>lactated ringers</i>	125	<i>lidocaine hcl</i>	39, 161	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	16
<i>lactulose</i>	82	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	39	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	70
<i>lactulose encephalopathy</i>	82	<i>lidocaine pain relief</i>	167	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	70
<i>lamivudine</i>	40, 46	<i>lidocaine pain relief max st</i>	167	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	70
<i>lamivudine-zidovudine</i>	42	<i>lidocaine pain relieving</i>	167	<i>lurasidone hcl</i>	118
<i>lamotrigine</i>	111	<i>lidocaine viscous hcl</i>	160	LUTERA.....	63
<i>lamotrigine er</i>	111	<i>lidocaine-prilocaine</i>	161	LYBALVI.....	118
<i>lanreotide acetate</i>	70	LIDOCAN.....	162	LYLEQ.....	63
<i>lansoprazole</i>	79	LILETTA (52 MG).....	62	LYLLANA.....	71
<i>lapatinib ditosylate</i>	20	<i>linezolid</i>	44	LYNPARZA.....	21
LARIN 1.5/30.....	62	<i>linezolid in sodium chloride</i>	44	LYSIPLEX PLUS.....	145
LARIN 1/20.....	62	LINZESS.....	78	LYSODREN.....	16
LARIN 24 FE.....	62	<i>liothyronine sodium</i>	58	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	21
LARIN FE 1.5/30.....	62	<i>liquid acetaminophen</i>	39	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	21
LARIN FE 1/20.....	62	<i>liquid allergy relief</i>	97	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	21
<i>latanoprost</i>	90	<i>liquid pain relief</i>	39	LYZA.....	63
<i>laxative</i>	82	<i>lisinopril</i>	57	MACULAR HEALTH FORMULA.....	145
<i>laxative max str</i>	82	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	55	MACUVITE.....	146
<i>laxative regular strength</i>	82	<i>lithium</i>	120	MACUVITE EYE CARE.....	146
LAYOLIS FE.....	62	<i>lithium carbonate</i>	120	MACUVITE/LUTEIN.....	146
LAZCLUZE.....	20	<i>lithium carbonate er</i>	120	MAG64.....	130
<i>leader finger cream</i>	167	LIVTENCITY.....	46	<i>mag-al plus</i>	74
<i>leflunomide</i>	30	<i>l-methylfolate</i>	145	<i>mag-al plus xs</i>	74
<i>lenalidomide</i>	26, 27	<i>l-methylfolate calcium</i>	145	MAGDELAY.....	130
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	20	<i>l-methylfolate-b6-b12</i>	145	<i>mag-g</i>	130
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	20	<i>l-methyl-mc</i>	145	MAGNEBIND 300.....	130

MAGNEBIND 400	130	<i>mens 50+ multivitamin</i>	146	MIMVEY	71
<i>magnesium</i>	130	<i>mens daily formula/lycopene</i>	146	<i>mineral oil</i>	82
<i>magnesium gluconate</i>	130	<i>mens multivitamin</i>	146	<i>minocycline hcl</i>	50
<i>magnesium lactate</i>	130	MENVEO	32	<i>minoxidil</i>	56
<i>magnesium oxide</i>	74	<i>mercaptapurine</i>	25	MINTOX	75
<i>magnesium oxide -mg supplement</i>	130	MERIBIN	146	<i>mintox maximum strength</i>	75
<i>magnesium sulfate</i>	125	<i>meropenem</i>	44	MINTOX PLUS	75
<i>magnesium sulfate in d5w</i>	125	<i>mesalamine</i>	79	MIRALAX	82
<i>magnesium-aluminum-simethicone</i>	74	<i>mesalamine er</i>	79	<i>mirtazapine</i>	116
MAGNESIUM-OXIDE	130	<i>mesalamine-cleanser</i>	79	<i>misoprostol</i>	78
MAGOX 400	130	<i>mesna</i>	25	MITIGARE	40
MAG-OXIDE	130	MESNEX	25	M-M-R II	32
MAG-TAB SR	130	METAFOLBIC	146	<i>m-natal plus</i>	126
<i>malathion</i>	165	METAFOLBIC PLUS	146	<i>modafinil</i>	122
<i>manganese chloride</i>	130	<i>metformin hcl</i>	68	<i>moexipril hcl</i>	57
MAOX	75	<i>metformin hcl er</i>	68	<i>moisturizing cream</i>	168
<i>mapap</i>	39	<i>methadone hcl</i>	35	<i>molindone hcl</i>	118
MAPAP CHILDRENS	39	METHADONE HCL INTENSOL	35	<i>mometasone furoate</i>	165
<i>maraviroc</i>	41	<i>methazolamide</i>	55	MONISTAT 1 DAY OR NIGHT	84
MAR-COF CG EXPECTORANT	106	<i>methenamine hippurate</i>	44	MONISTAT 3	84
<i>marlissa</i>	63	<i>methimazole</i>	58	MONISTAT 3 COMBO PACK APP ..	84
MARPLAN	116	<i>methocarbamol</i>	114	MONISTAT 7 COMBO PACK APP ..	85
MATULANE	26	<i>methotrexate sodium</i>	25, 30	MONISTAT 7 SIMPLY CURE	85
MAVYRET	46	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	25	MONJUVI	21
MAXALLERGY KIDS	97	<i>methsuximide</i>	111	MONOFERRIC	89
MAXIFED	106	<i>methylphenidate hcl</i>	120	MONO-LINYAH	63
MAXIMUM D3	146	<i>methylphenidate hcl er</i>	120	<i>montelukast sodium</i>	102
<i>maximum daily green</i>	146	<i>methylprednisolone</i>	72	MOOD FOOD	146
<i>maxi-tuss ac</i>	106	<i>methylprednisolone acetate</i>	72	MOOD FOOD ES	146
<i>maxi-tuss cd</i>	106	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	72	<i>morphine sulfate</i>	36
<i>maxi-tuss g</i>	106	<i>methyltestosterone</i>	59	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	36
<i>maxi-tuss gmx</i>	106	<i>metoclopramide hcl</i>	76	<i>morphine sulfate er</i>	35
<i>maxx</i>	63	<i>metolazone</i>	55	MOUNJARO	68
<i>maxx plus</i>	63	<i>metoprolol succinate er</i>	53	MOVANTIK	78
<i>m-dryl</i>	97	<i>metoprolol tartrate</i>	53	<i>moxifloxacin hcl</i>	49, 91
<i>meclizine hcl</i>	76	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	54	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	49
<i>medi-first triple antibiotic</i>	162	<i>metronidazole</i>	44, 84, 168	<i>m-pap</i>	39
MEDPURA ZINC OXIDE	168	<i>metyrosine</i>	56	MRESVIA	33
<i>medroxyprogesterone acetate</i> ...	63, 73	<i>mgo</i>	130	MTX SUPPORT	146
<i>mefloquine hcl</i>	46	MIBELAS 24 FE	63	MUCINEX	106
<i>mega biotin</i>	146	<i>micafungin sodium</i>	43	MUCINEX CHILDRENS	
MEGA MULTI MEN	146	<i>miconazole 1</i>	84	FREEFROM	106
<i>megavite fruits & veggies</i>	146	<i>miconazole 3 combo-supp</i>	84	MUCINEX COLD CHILDRENS	106
<i>megavite golden years 55+</i>	146	<i>miconazole 7</i>	84	MUCINEX COUGH & CONGEST	
<i>megestrol acetate</i>	16, 73	<i>miconazole antifungal</i>	163	CHILD	106
<i>meijer advanced formula</i>	146	<i>miconazole nitrate</i>	163	MUCINEX COUGH CHILDRENS ..	106
<i>meijer c</i>	146	MICOTRIN AP	163	MUCINEX DM	106
<i>meijer ibuprofen</i>	35	MICROCHAMBER	101	MUCINEX FAST-MAX CHEST	
<i>meijer nasal decongestant</i>	106	<i>microderm base</i>	57	CONG MS	106
MEKINIST	21	MICROGESTIN 1.5/30	63	MUCINEX FAST-MAX CONGEST	
MEKTOVI	21	MICROGESTIN 1/20	63	COUGH	106
<i>melatonin</i>	57, 124	MICROGESTIN FE 1.5/30	63	MUCINEX FAST-MAX DM MAX	106
<i>melatonin maximum strength</i>	124	MICROGESTIN FE 1/20	63	MUCINEX MAXIMUM STRENGTH	106
<i>meloxicam</i>	35	MICROSOME BASE	57	MUCINEX SINUS-MAX CLEAR &	
<i>memantine hcl</i>	115	MICROSPACER	101	COOL	107
<i>memantine hcl er</i>	114	<i>midodrine hcl</i>	56	MUCINEX SINUS-MAX	
<i>memantine hcl-donepezil hcl</i>	115	MIEBO	93	SINUS/ALLRGY	107
MENACTRA	32	<i>mifepristone</i>	70	<i>mucus relief</i>	107
MENQUADFI	32	MILI	63	<i>mucus relief cough childrens</i>	107
<i>mens 50+ advanced</i>	146	<i>milk of magnesia</i>	82	<i>mucus relief dm</i>	107

<i>mucus relief dm max</i>	107	MURINE EAR.....	169	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	91
<i>mucus relief er</i>	107	MURINE EAR WAX REMOVAL		<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	91
<i>mucus relief max st</i>	107	SYSTEM.....	169	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	91
MULTAQ.....	51	MURO 128.....	93	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	91, 95
<i>multi + omega-3 adult gummies</i>	146	MVW COMPLETE FORMULATION		NEO-POLYCIN.....	91
<i>multi adult gummies</i>	146		148	NEO-POLYCIN HC.....	91
<i>multi complete/iron</i>	146	MVW COMPLETE FORMULATION		NEOQ10.....	124
<i>multi for her</i>	146	D3000.....	148	NEPHPLEX RX.....	148
<i>multi for her 50+</i>	146	MVW COMPLETE FORMULATION		<i>nephro vitamins</i>	148
MULTI FOR HIM.....	146	D5000.....	148	NEPHRON FA.....	89
<i>multi for him 50+</i>	146	MVW COMPLETE FORMULATION		NEPHRONEX.....	148
<i>multi vitamin</i>	146	MINIS.....	148	NEPHRO-VITE.....	148
<i>multi vitamin w/d-3</i>	146	<i>mvw hi-d adek gummies</i>	148	NERLYNX.....	21
<i>multi vitamin/minerals</i>	146	MVW MODULATOR		<i>neti pot sinus wash</i>	101
MULTIGEN.....	89	FORMULATION.....	148	NEUTROGENA HAND.....	168
MULTIGEN PLUS.....	89	MVW MODULATOR		<i>nevirapine</i>	41
<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	125	FORMULATION MINI.....	148	<i>nevirapine er</i>	41
<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i>	125	<i>myamulti</i>	148	NEXLETOL.....	52
<i>multiple vit/minerals/no iron</i>	146	<i>mycophenolate mofetil</i>	31	NEXLIZET.....	52
<i>multiple vitamins</i>	146	<i>mycophenolate sodium</i>	31	NEXPLANON.....	63
<i>multiple vitamins essential</i>	146	MYCOZYL AP.....	163	<i>niacin</i>	148
<i>multiple vitamins/iron</i>	146	MYLANTA MAXIMUM STRENGTH.....	75	<i>niacin er</i>	148
<i>multiple vitamins/womens</i>	146	MYLICON INFANTS GAS RELIEF.....	78	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	52
<i>multiple vitamins-minerals</i>	146	MYNEPHRON.....	148	<i>niacinamide</i>	148
<i>multipro</i>	147	MYRBETRIQ.....	84	<i>nicardipine hcl</i>	54
<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	147	<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	89	NICODERM CQ.....	123
<i>multivit/multimineral adult</i>	147	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	82	NICOMIDE.....	148
<i>multivitamin</i>	147	<i>nabumetone</i>	35	NICORETTE.....	123
<i>multi-vitamin</i>	147	<i>nadolol</i>	53	NICORETTE MINI.....	123
<i>multivitamin & mineral</i>	147	<i>nafacillin sodium</i>	50	NICORETTE STARTER KIT.....	123
<i>multivitamin adult</i>	147	NAGLAZYME.....	70	<i>nicotinamide</i>	148
<i>multivitamin adult (minerals)</i>	147	<i>nalbuphine hcl</i>	36	<i>nicotine</i>	123
<i>multivitamin adults</i>	147	<i>naloxone hcl</i>	123	<i>nicotine mini</i>	123
<i>multivitamin adults 50+</i>	147	<i>naltrexone hcl</i>	123	<i>nicotine polacrilex</i>	123
<i>multivitamin childrens</i>	147	NAMZARIC.....	115	<i>nicotine polacrilex mini</i>	123
<i>multivitamin childrens (w/ fa)</i>	147	NAPHCON-A.....	90	<i>nicotine step 1</i>	123
<i>multivitamin childrens gummies</i>	147	<i>naproxen</i>	35	<i>nicotine step 2</i>	123
<i>multivitamin drops/iron</i>	147	<i>naproxen dr</i>	35	<i>nicotine step 3</i>	123
<i>multi-vitamin gummies</i>	147	<i>naproxen sodium</i>	35	NICOTROL.....	123
<i>multivitamin gummies adult</i>	147	<i>naratriptan hcl</i>	121	NICOTROL NS.....	123
<i>multivitamin gummies mens</i>	147	<i>nasal decongestant</i>	107	<i>nifedipine er</i>	54
<i>multivitamin gummies womens</i>	147	<i>nasal decongestant pe</i>	107	<i>nifedipine er osmotic release</i>	54
<i>multivitamin infant & toddler</i>	147	<i>nasal decongestant pe max st</i>	107	NIFEREX.....	89
<i>multivitamin men 50+</i>	147	<i>nasal decongestant spray</i>	107	NIKKI.....	63
<i>multi-vitamin monocaps</i>	147	<i>nasal four</i>	107	<i>nilutamide</i>	16
<i>multivitamin w/fluoride</i>	147	<i>nasal spray 12 hour</i>	107	<i>nimodipine</i>	54
<i>multivitamin women</i>	147	<i>nasal spray extra moisturizing</i>	107	NINJACOF-XG.....	107
<i>multivitamin women 50+</i>	147	<i>nasal spray no drip</i>	107	NINLARO.....	21
<i>multivitamin womens 50+ adv</i>	147	NASCOBAL.....	148	<i>nitazoxanide</i>	44
<i>multivitamin/fluoride</i>	147	NATACYN.....	91	<i>nitisinone</i>	70
<i>multi-vitamin/fluoride</i>	147	<i>nateglinide</i>	68	NITRO-BID.....	57
<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	147	<i>natural c/rose hips</i>	148	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	45
<i>multi-vitamin/iron</i>	147	<i>natural psyllium seed</i>	82	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	45
<i>multi-vitamin/minerals</i>	147	<i>natural senna laxative</i>	82	<i>nitroglycerin</i>	57, 168
<i>multivitamin/zinc stress</i>	147	<i>natural vitamin d-3</i>	148	NIVA-FOL.....	148
<i>multivitamin-minerals</i>	147	NAYZILAM.....	111	NIVANEX DMX.....	107
<i>multivitamins plus iron child</i>	147	<i>nebivolol hcl</i>	53	NIX CREME RINSE.....	165
<i>multi-vite</i>	147	NECON 0.5/35 (28).....	63	<i>nizatidine</i>	73
<i>multivit-min gummies childrens</i>	148	<i>nefazodone hcl</i>	116	<i>no drip nasal spray</i>	107
<i>mupirocin</i>	162	<i>neomycin sulfate</i>	44	<i>no iron mult vitamin-minerals</i>	148

<i>nohist-dm</i>	107	OCUVITE EYE + MULTI.....	149	ONE-A-DAY ENERGY.....	149
<i>non-aspirin</i>	39	OCUVITE EYE HEATLH		ONE-A-DAY ESSENTIAL.....	149
<i>non-aspirin extra strength</i>	39	GUMMIES.....	149	ONE-A-DAY FOR HER	
NORA-BE.....	63	OCUVITE-LUTEIN.....	149	VITACRAVES.....	149
<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	63	ODEFSEY.....	42	ONE-A-DAY FOR HIM	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	63	ODOMZO.....	21	VITACRAVES.....	149
<i>norethindrone</i>	63	OFEV.....	101	ONE-A-DAY JOLLY RANCHER....	149
<i>norethindrone acetate</i>	73	<i>ofloxacin</i>	91, 95	ONE-A-DAY MENOPAUSE	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	63	OGIVRI.....	21	FORMULA.....	149
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	71	OGSIVEO.....	21	ONE-A-DAY MENS.....	150
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	63	OJEMDA.....	21	ONE-A-DAY MENS (MINERALS)..	149
<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	63	OJJAARA.....	21	ONE-A-DAY MENS 50+.....	150
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	63	<i>olanzapine</i>	118	ONE-A-DAY MENS 50+	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	64	<i>olmesartan medoxomil</i>	51	ADVANTAGE.....	150
NORLYROC.....	64	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	54	ONE-A-DAY MENS HEALTH	
NORTREL 0.5/35 (28).....	64	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	54	FORMULA.....	150
NORTREL 1/35 (21).....	64	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	52	ONE-A-DAY MENS VITACRAVES	150
NORTREL 1/35 (28).....	64	<i>omeprazole</i>	79	ONE-A-DAY PROACTIVE 65+.....	150
NORTREL 7/7/7.....	64	<i>omnicap</i>	149	ONE-A-DAY TEEN	
<i>nortriptyline hcl</i>	116	OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO		ADVANTAGE/HER.....	150
NORVIR.....	41	GEN 5.....	67	ONE-A-DAY TEEN	
<i>norwegian cod liver oil</i>	148	OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS		ADVANTAGE/HIM.....	150
NOVAFERRUM.....	89	GEN 5.....	67	ONE-A-DAY VITACRAVES.....	150
NOVAFERRUM 50.....	89	OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5)....	67	ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT	
NOVAFERRUM PEDIATRIC		OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)....	67		150
DROPS.....	89	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6.....	67	ONE-A-DAY VITACRAVES	
NOVOLIN 70/30.....	66	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6		IMMUNITY.....	150
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	66	PODS.....	67	ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR	150
NOVOLIN N.....	66	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN		ONE-A-DAY	
NOVOLIN N FLEXPEN.....	66	3).....	67	VITACRAVES+OMEGA-3.....	150
NOVOLIN R.....	66	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4)..	67	ONE-A-DAY WEIGHT SMART	
NOVOLIN R FLEXPEN.....	66	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)..	67	ADVANCE.....	150
NOVOLOG.....	66	OMNIPOD GO.....	67	ONE-A-DAY WOMENS.....	150
NOVOLOG FLEXPEN.....	66	ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST	45	ONE-A-DAY WOMENS 50 PLUS..	150
NOVOLOG MIX 70/30.....	67	ON/GO ONE COVID-19 HOME		ONE-A-DAY WOMENS 50+.....	150
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN....	66	TEST.....	45	ONE-A-DAY WOMENS 50+	
NOVOLOG PENFILL.....	67	ONCOVITE.....	149	ADVANTAGE.....	150
NUBEQA.....	16	<i>ondansetron</i>	76	ONE-A-DAY WOMENS HEALTHY	
NUDEXTA.....	120	<i>ondansetron hcl</i>	76	SKIN.....	150
NU-IRON.....	89	ONE A DAY MENS VITACRAVES	149	ONE-A-DAY WOMENS MIND &	
NULOJIX.....	31	<i>one daily calcium/iron</i>	149	BODY.....	150
NUPLAZID.....	118	<i>one daily complete</i>	149	ONE-A-DAY WOMENS PETITES..	150
NURTEC.....	121	ONE DAILY ESSENTIAL.....	149	ONE-A-DAY WOMENS	
NUTRADERM.....	168	<i>one daily for men 50+ advanced</i>	149	VITACRAVES.....	150
NUTRILIPID.....	133	<i>one daily for men/lycopene</i>	149	<i>one-daily multi caps</i>	150
NUZYRA.....	50, 51	<i>one daily for women</i>	149	<i>one-daily multi vitamins</i>	150
NYAMYC.....	163	<i>one daily for women 50+ adv</i>	149	<i>one-daily multi-vit/mineral</i>	150
NYLIA 1/35.....	64	<i>one daily healthy weight adv</i>	149	<i>one-daily multi-vitamin</i>	150
NYLIA 7/7/7.....	64	<i>one daily maximum</i>	149	<i>one-daily multi-vitamin/iron</i>	150
<i>nystatin</i>	43, 160, 163	<i>one daily mens</i>	149	<i>one-daily/iron</i>	150
NYSTOP.....	163	<i>one daily mens 50+ multivit</i>	149	ONELAX.....	82
OCELLA.....	64	<i>one daily mens health</i>	149	ONELAX DOCUSATE SODIUM.....	82
OCTAGAM.....	30	<i>one daily multivitamin adult</i>	149	ONELAX SENNA.....	82
<i>octreotide acetate</i>	70	<i>one daily multivitamin/iron</i>	149	ONTRUZANT.....	21
<i>ocular vitamins</i>	148	<i>one daily womens</i>	149	ONUREG.....	26
<i>ocutabs</i>	148	<i>one daily womens 50 plus</i>	149	OPCON-A.....	90
<i>ocutabs-lutein</i>	148	<i>one daily womens 50+</i>	149	OPIPZA.....	118
OCUVITE ADULT 50+.....	148	<i>one daily/minerals</i>	149	OPSUMIT.....	56
OCUVITE ADULT FORMULA.....	149	ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN	149	OPTICHAMBER DIAMOND.....	101
OCUVITE EXTRA.....	149	ONE VITE FERROUS SULFATE....	89		

OPTICHAMBER DIAMOND-LG		<i>pain & fever childrens</i>	39	<i>pharbedryl</i>	97
MASK.....	101	<i>pain & fever infants</i>	39	PHARBETOL.....	39
OPTICHAMBER DIAMOND-MD		<i>pain relief</i>	39	PHARBETOL EXTRA STRENGTH.....	39
MASK.....	101	<i>pain relief extra strength</i>	39	PHARMABASE ANTIOXIDANT.....	58
OPTICHAMBER DIAMOND-SM		<i>pain relief regular strength</i>	39	PHARMABASE COSMETIC.....	58
MASK.....	101	<i>paliperidone er</i>	118	PHARMABASE COSMETIC	
<i>optic-vites</i>	150	<i>pamidronate disodium</i>	73	NATURAL.....	58
OPTIFAST POST BARIATRIC.....	151	<i>pan-c 500/bioflavonoids</i>	151	PHARMABASE LIGHT.....	58
OPTIMAL D3.....	151	PANRETIN.....	168	PHARMABASE VAGINAL.....	58
OPTIMAL D3 M.....	151	<i>pantoprazole sodium</i>	79	<i>pharmacist choice d-vitamin</i>	151
<i>optimum pms</i>	151	PANZYGA.....	30	PHAZYME MAXIMUM STRENGTH.....	78
OPTISOURCE POST BARIATRIC		<i>paricalcitol</i>	59	PHAZYME ULTRA STRENGTH.....	78
SURG.....	151	<i>paroxetine hcl</i>	116	<i>phendimetrazine tartrate</i>	72
OPTIVITE P.M.T.....	151	<i>parvlex</i>	151	<i>phenelzine sulfate</i>	116
OPURITY BYPASS OPTIMIZED...	151	PAXLOVID.....	47	<i>phenobarbital</i>	111
<i>oral electrolytes</i>	127	PAXLOVID (150/100).....	46	<i>phenobarbital sodium</i>	122
<i>oral suspend</i>	57	PAXLOVID (300/100).....	46	<i>phentermine hcl</i>	72
<i>oralyte</i>	127	<i>pazopanib hcl</i>	21	<i>phenylephrine hcl</i>	107
ORAPENN SD ANHYD		<i>pc pediatric poly-vital/fe drop</i>	151	<i>phenylephrine-dm-gg</i>	107
SWEETENED.....	57	<i>pc pediatric poly-vitamin drop</i>	151	PHENYTEK.....	111
ORAPENN SD ANHYD		PCCA BASE 7542.....	57	<i>phenytoin</i>	111
UNSWEETEN.....	57	PCCA EMOLLIENT CREAM BASE.....	57	<i>phenytoin sodium</i>	122
ORA-PLUS.....	57	<i>ped electrolyte freeze pops</i>	127	<i>phenytoin sodium extended</i> ... 111, 122	
ORASEP.....	160	<i>ped electrolyte freezer pops</i>	127	PHESGO.....	22
ORAZINC.....	131	PEDIA VANCE.....	127	PHILITH.....	64
ORGOVYX.....	16	PEDIA-LAX.....	82	PHYTOBASE.....	58
ORKAMBI.....	101	PEDIALYTE.....	127	PHYTOMULTI.....	151
<i>orlistat</i>	72	PEDIALYTE ADVANCED CARE... 127		<i>phytonadione</i>	151
ORSERDU.....	16	PEDIALYTE FREEZER POPS.....	127	PIFELTRO.....	41
OS-CAL.....	131	PEDIALYTE SINGLES.....	127	<i>pilocarpine hcl</i>	90, 161
OS-CAL CALCIUM + D3.....	131	PEDIARIX.....	33	PILOT COVID-19 AT-HOME TEST.....	45
OS-CAL EXTRA D3.....	131	<i>pediatric electrolyte</i>	127	<i>pimecrolimus</i>	168
<i>oseltamivir phosphate</i>	46	PEDVAX HIB.....	33	<i>pimozide</i>	118
OSTEOPRIME PLUS.....	151	<i>peg 3350</i>	82	PIMTREA.....	64
<i>oxacillin sodium</i>	50	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	82	<i>pin-away</i>	45
<i>oxaliplatin</i>	15	<i>peg-3350/electrolytes</i>	82	<i>pindolol</i>	53
<i>oxcarbazepine</i>	111	PEGASYS.....	47	<i>pinworm medicine</i>	45
<i>oxybutynin chloride</i>	84	PEMAZYRE.....	21	<i>pioglitazone hcl</i>	68
<i>oxybutynin chloride er</i>	84	<i>pemetrexed disodium</i>	26	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	68
<i>oxycodone hcl</i>	36	PENBRAYA.....	33	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	50
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	36	<i>penicillamine</i>	59	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	22
OXYCONTIN.....	35	<i>penicillin g potassium</i>	50	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	22
<i>oxymetazoline hcl</i>	107	<i>penicillin g sodium</i>	50	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	22
OYSCO 500+D.....	131	<i>penicillin v potassium</i>	50	<i>pirfenidone</i>	101
<i>oyster shell calcium</i>	131	PEN-KERA.....	168	<i>piroxicam</i>	35
<i>oyster shell calcium + d</i>	131	PENTACEL.....	33	<i>plain niacin</i>	151
<i>oyster shell calcium + d3</i>	131	<i>pentamidine isethionate</i>	45	PLENAMINE.....	133
<i>oyster shell calcium plus d</i>	131	<i>pentoxifylline er</i>	86	PLENVU.....	82
<i>oyster shell calcium w/d</i>	131	PENTRAVAN.....	168	POCKET CHAMBER.....	101
<i>oyster shell calcium/d</i>	131	PENTRAVAN PLUS.....	168	POCKET SPACER.....	101
<i>oyster shell calcium/d3</i>	131	PERIDIN-C.....	151	<i>podofilox</i>	168
<i>oyster shell calcium/vit d3</i>	131	<i>perindopril erbumine</i>	57	POLYCIN.....	91
<i>oyster shell calcium/vitamin d</i>	131	PERIOGARD.....	160	<i>polyethylene glycol 3350</i>	58, 82
OZEMPIC (0.25 OR 0.5		PERIOMED.....	161	POLY-IRON 150.....	89
MG/DOSE).....	68	<i>permethrin</i>	165	<i>polymyxin b sulfate</i>	45
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	68	<i>perphenazine</i>	118	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	91
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	68	<i>petroleum jelly</i>	58	<i>polysaccharide iron complex</i>	89
PACERONE.....	51	PFCB.....	58	<i>polysaccharide-iron complex</i>	89
<i>paclitaxel</i>	26	PFIZERPEN.....	50	<i>poly-tussin ac</i>	107
<i>paclitaxel protein-bound part</i>	26	<i>pharbechlor</i>	97	POLY-VENT IR.....	107

POLY-VI-FLOR.....	151	PROCERV HP.....	152	qc artificial tears.....	93
polyvinyl alcohol.....	93	prochlorperazine.....	77	qc aspirin.....	39
POLY-VI-SOL.....	151	prochlorperazine edisylate.....	76	qc aspirin low dose.....	39
POLY-VI-SOL/IRON.....	151	prochlorperazine maleate.....	76	qc calamine.....	168
poly-vita.....	151	PROCRT.....	87	qc calcium fast dissolution.....	131
poly-vitaliron.....	151	PROCTOCORT.....	168	qc childrens complete.....	152
poly-vite pediatric.....	151	PROCTO-MED HC.....	168	qc childrens ibuprofen.....	35
poly-viteliron.....	151	PROCTOSOL HC.....	168	qc childrens vitamins/extra c.....	152
POMALYST.....	27	PROCTOZONE-HC.....	168	qc clotrimazole.....	85
PORTIA-28.....	64	progesterone.....	73	qc daily multivit/multimineral.....	152
posaconazole.....	43	PROGRAF.....	31	qc daily multivitamins/iron.....	152
potassium chloride.....	125, 126	PROLASTIN-C.....	101	qc diarrhea relief.....	76
potassium chloride crys er.....	126	PROLIA.....	73	qc enema.....	82
potassium chloride er.....	126	promethazine hcl.....	77	qc enteric aspirin.....	39
potassium chloride in nacl.....	125	promethazine vcl/codeine.....	107	qc epsom salt.....	82
potassium citrate er.....	85	promethazine-codeine.....	107	qc ferrous sulfate.....	89
potassium cl in dextrose 5%.....	125	promethazine-dm.....	107	qc fiber laxative.....	82
povidone-iodine.....	168	PRONUTRIENTS CALCIUM+D3.....	131	qc gentle laxative.....	82
pramipexole dihydrochloride.....	113	propafenone hcl.....	51	qc ibuprofen.....	35
prasugrel hcl.....	90	propafenone hcl er.....	51	qc loratadine allergy relief.....	98
pravastatin sodium.....	52	proparacaine hcl.....	93	qc loratadine-d.....	107
praziquantel.....	45	propranolol hcl.....	53	qc mens daily multivitamin.....	152
prazosin hcl.....	51	propranolol hcl er.....	53	qc miconazole 7.....	85
prednisolone.....	72	propylthiouracil.....	58	qc milk of magnesia.....	82
prednisolone acetate.....	92	PROQUAD.....	33	qc mineral oil heavy.....	82
prednisolone sodium phosphate 72, 92	92	PRORENAL + D.....	152	qc mucus relief.....	108
prednisone.....	72	PRORENAL + D W/ OMEGA-3.....	152	qc mucus relief er.....	108
PREDNISONONE INTENSOL.....	72	PROSIGHT.....	152	qc multi-vite.....	152
preferred plus insulin syringe.....	67	PROSOL.....	133	qc multi-vite 50 & over.....	152
pregabalin.....	111	PROTECT CARDIO AF.....	152	qc nasal decongestant pe.....	108
PREMASOL.....	133	PROTECT PLUS SO.....	152	qc natura-lax.....	82
prenatal.....	126, 151	PROTEGRA.....	152	qc nicotine transdermal system.....	123
prenatal 19.....	151	protriptyline hcl.....	116	qc non-aspirin extra strength.....	39
prenatal one daily.....	151	pseudoeph-bromphen-dm.....	107	qc pain relief.....	39
prenatal vitamin and mineral.....	151	pseudoephedrine hcl.....	107	qc pain relief childrens.....	39
prenatal vitamins.....	151	pseudoephedrine hcl er.....	107	qc pain relief extra strength.....	39
prenatal/iron.....	151	psyllium fiber.....	82	qc petroleum jelly.....	58
PRESERVISION AREDS.....	151, 152	PULMOZYME.....	101	qc povidone iodine.....	168
PRESERVISION AREDS 2.....	151	pure calcium carbonate.....	131	qc psyllium fiber.....	82
PRESERVISION AREDS 2+MULTI		pure comfort spacer chamber.....	101	qc stomach relief.....	76
VIT.....	151	purevit dualfe plus.....	89	qc stool softener.....	82
PRESERVISION/LUTEIN.....	152	PUREWAY-C.....	152	qc stool softener pls laxative.....	82
PRETTY FEET/HANDS.....	168	PURIXAN.....	26	qc suphedrine maximum strength.....	108
PREVALITE.....	52	pyrazinamide.....	41	qc therin-m.....	152
prevent.....	152	pyridostigmine bromide.....	120	qc tolnaftate.....	163
PREVYMIS.....	47	pyridoxine hcl.....	152	qc triple antibiotic max st.....	162
PREZCOBIX.....	42	pyrimethamine.....	45	qc tussin dm cough/congestion.....	108
PREZISTA.....	41	PYZCHIVA.....	28	qc tussin expectorant adult.....	108
PRIFTIN.....	41	qc 3 day.....	85	qc urinary pain relief.....	45
primaquine phosphate.....	46	qc acetaminophen 8 hours.....	39	qc vapor inhaler.....	108
primidone.....	111	qc acetaminophen infants.....	39	qc vegetable laxative.....	83
PRIORIX.....	33	qc all day allergy.....	97	qc vitamin d3.....	152
PRIVIGEN.....	30	qc allergy childrens.....	98	qc womens daily multivitamin.....	152
pro comfort spacer adult.....	101	qc allergy relief.....	98	QINLOCK.....	22
pro comfort spacer child.....	101	qc antacid.....	75	Q-SORB CO Q-10.....	124
pro comfort spacer infant.....	101	qc antacid/anti-gas.....	75	QSYMIA.....	72
probenecid.....	40	qc anti-diarrheal.....	76	QUADRACEL.....	33
PRO-CAL.....	152	qc antifungal (tolnaftate).....	163	quetiapine fumarate.....	119
procare spacer/adult mask.....	101	qc anti-itch extra strength.....	168	quetiapine fumarate er.....	119
procare spacer/child mask.....	101	qc arthritis pain relief.....	39	QUFLORA FE.....	152

QUFLORA FE PEDIATRIC.....	152	RECOMBIVAX HB.....	33	rivaroxaban.....	86
QUFLORA PEDIATRIC.....	152	reeses pinworm medicine.....	45	rivastigmine.....	115
QUICKVUE AT-HOME COVID-19		REFRESH.....	93	rivastigmine tartrate.....	115
TEST.....	45	REFRESH CELLUVISC.....	93	RIVELSA.....	64
quin b strong.....	152	REFRESH DIGITAL.....	93	rizatriptan benzoate.....	121
quinapril hcl.....	57	REFRESH DIGITAL PF.....	93	robafen cf multi-symptom cold.....	108
quinidine sulfate.....	51	REFRESH LIQUIGEL.....	93	ROBAFEN DM.....	108
quinine sulfate.....	46	REFRESH OPTIVE.....	93, 94	ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH..	108
quintabs.....	152	REFRESH OPTIVE ADVANCED.....	93	ROCKLATAN.....	90
quintabs-m.....	152	REFRESH OPTIVE ADVANCED		roflumilast.....	101
QULIPTA.....	121	PF.....	93	ROMVIMZA.....	22
ra balanced b-100.....	152	REFRESH OPTIVE MEGA-3.....	93	ropinirole hcl.....	113
ra balanced b-50.....	152	REFRESH OPTIVE PF.....	94	rosuvastatin calcium.....	52
ra b-complex.....	152	REFRESH PLUS.....	94	ROTARIX.....	33
ra b-complex with b-12.....	152	REFRESH RELIEVA.....	94	ROTATEQ.....	33
ra biotin.....	152	REFRESH RELIEVA PF.....	94	ROWEEPPRA.....	111
ra calcium 600.....	131	REFRESH TEARS.....	94	ROZLYTREK.....	22
ra calcium 600/vitamin d-3.....	131	REGRANEX.....	161	RUBRACA.....	22
ra calcium cit plus vit d-3.....	131	REGULOID.....	83	rufinamide.....	111
ra calcium citrate plus vit d.....	131	REHYDRALYTE.....	127	RUKOBIA.....	41
ra calcium cit-vit d-3 petites.....	131	RELENZA DISKHALER.....	47	RYBELSUS.....	68
ra calcium plus vitamin d.....	131	RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	67	RYDAPT.....	22
RA CENTRAL-VITE.....	152	RELISTOR.....	78	rynex pse.....	108
ra central-vite womens mature.....	152	REMICADE.....	28	SAJAZIR.....	86
ra coenzyme q-10.....	124	RENAL.....	153	SANTYL.....	161
ra folic acid.....	153	renal vitamin.....	153	sapropterin dihydrochloride.....	70
RA HI CAL.....	131	RENAPLEX.....	153	sb 12hr nasal spray.....	108
ra high potency iron.....	89	RENAPLEX-D.....	153	sb allergy.....	98
ra iron.....	89	rena-vite.....	153	sb allergy relief/nasal decong.....	108
ra natural magnesium.....	131	rena-vite rx.....	153	sb antacid.....	75
ra niacin.....	153	RENFLEXIS.....	28	sb anti-diarrhea.....	76
ra no flush niacin.....	153	reno caps.....	153	sb calcium + d.....	131
ra one daily maximum.....	153	repaglinide.....	68	sb cough control.....	108
ra one daily mens 50+ w/vit d3.....	153	REPATHA.....	52	sb coughtab.....	108
ra one daily mens/vit d-3.....	153	REPATHA PUSHTRONEX		sb lice killing max st.....	165
ra pediatric electrolyte.....	127	SYSTEM.....	52	sb loratadine.....	98
ra slow release iron.....	89	REPATHA SURECLICK.....	52	sb milk of magnesia.....	83
ra vitamin a.....	153	RESTASIS.....	94	sb oyster shell calcium.....	131
ra vitamin b-1.....	153	RESTASIS MULTIDOSE.....	94	sb pediatric electrolyte.....	127
ra vitamin b12.....	153	RESTORA RX.....	76	sb povidone-iodine.....	168
ra vitamin b-12.....	153	RETEVMO.....	22	sb vitamin c.....	153
ra vitamin b-12 tr.....	153	REVUFORJ.....	22	scar care.....	58
ra vitamin b-6.....	153	REXULTI.....	119	SCEMBLIX.....	22
ra vitamin c.....	153	REYATAZ.....	41	scopolamine.....	77
ra vitamin c cr.....	153	REZLIDHIA.....	22	SECUADO.....	119
ra vitamin c/rose hips.....	153	REZUROCK.....	31	selegiline hcl.....	113
ra vitamin d-3.....	153	RHOPRESSA.....	90	selenious acid.....	133
ra vitamins complete childrens.....	153	ribavirin.....	47	selenium sulfide.....	163
ra zinc.....	131	rifabutin.....	41	SELZENTRY.....	41
RABAVERT.....	33	rifampin.....	41	senexon-s.....	83
rabeprazole sodium.....	79	riluzole.....	120	senior tabs.....	153
RADIANCE PLATINUM VITAMIN		rimantadine hcl.....	47	senna.....	83
D3.....	153	RINVOQ.....	28, 29	senna laxative.....	83
RALDESY.....	116	RINVOQ LQ.....	28	senna plus.....	83
raloxifene hcl.....	70	RISABAL-PH.....	168	senna s.....	83
ramipril.....	57	risedronate sodium.....	73	senna-lax.....	83
ranolazine er.....	56	risperidone.....	119	senna-plus.....	83
rasagiline mesylate.....	113	risperidone microspheres er.....	119	senna-s.....	83
REALITY LATEX CONDOMS.....	64	RITEFLO.....	101	senna-tabs.....	83
RECLIPSEN.....	64	ritonavir.....	41	senna-time.....	83

<i>senna-time s</i>	83	<i>sm aspirin low dose</i>	40	<i>sm magnesium oxide</i>	132
<i>sennosides-docusate sodium</i>	83	<i>sm b super vitamin complex</i>	154	<i>sm miconazole 3</i>	85
SENOKOT.....	83	<i>sm b100 complex</i>	154	<i>sm miconazole 3 applicator</i>	85
SENOKOT EXTRA STRENGTH.....	83	<i>sm b-complex</i>	154	<i>sm miconazole 7</i>	85
SENOKOT S.....	83	<i>sm b-complex/vitamin c</i>	154	<i>sm milk of magnesia</i>	83
<i>sentry</i>	153	<i>sm benzoin tincture</i>	168	<i>sm mucus relief</i>	108
<i>sentry senior</i>	153	<i>sm benzoin tincture nfxi</i>	168	<i>sm multiple vitamins essential</i>	154
SEREVENT DISKUS.....	98	<i>sm biotin</i>	154	<i>sm multiple vitamins/iron</i>	154
<i>sertraline hcl</i>	116	<i>sm calamine</i>	168	<i>sm nasal decongestant</i>	108
<i>se-tan plus</i>	89	<i>sm calamine phenolated</i>	168	<i>sm nasal decongestant pe</i>	108
SETLAKIN.....	64	<i>sm calcium 500/vitamin d3</i>	132	<i>sm nasal spray</i>	108
SHAROBEL.....	64	<i>sm calcium 600/vitamin d</i>	132	<i>sm nasal spray 12 hour</i>	108
SHINGRIX.....	33	<i>sm calcium 600+d3</i>	132	<i>sm nasal spray sinus</i>	108
SIDEROL.....	153	<i>sm calcium antacid</i>	75	<i>sm niacin cr</i>	154
SIGNIFOR.....	70	<i>sm calcium citrate+/vit d3</i>	132	<i>sm nicotine</i>	123
SIKLOS.....	86	<i>sm calcium citrate+d3 petite</i>	132	<i>sm nicotine polacrilex</i>	123
<i>sildenafil citrate</i>	56	<i>sm calcium citrate+vit d3 max</i>	132	<i>sm one daily mens</i>	154
<i>silver sulfadiazine</i>	162	<i>sm calcium/vitamin d</i>	132	<i>sm one daily womens</i>	154
SIMBRINZA.....	90	<i>sm calcium/vitamin d3</i>	132	<i>sm opti-vitamins</i>	154
<i>simethicone</i>	78	<i>sm calcium-vitamin d</i>	132	<i>sm oyster shell calcium/vit d</i>	132
<i>simethicone drops infants</i>	78	<i>sm chewable vitamin c</i>	154	<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i>	132
<i>simethicone ultra strength</i>	78	<i>sm childrens ibuprofen</i>	35	<i>sm pain & fever childrens</i>	40
SIMLIYA.....	64	<i>sm childrens loratadine</i>	98	<i>sm pain & fever infants</i>	40
SIMPESSE.....	64	SM CLEARLAX.....	83	<i>sm pain reliever</i>	40
<i>simvastatin</i>	52	<i>sm clotrimazole vaginal</i>	85	<i>sm pain reliever childrens</i>	40
<i>sinus nasal spray</i>	108	<i>sm co q-10</i>	124	<i>sm pain reliever ex st</i>	40
<i>sinus relief extra strength</i>	108	<i>sm coenzyme q-10</i>	124	<i>sm pediatric electrolyte</i>	127
<i>sirolimus</i>	31	<i>sm complete</i>	154	<i>sm povidone-iodine</i>	168
SIRTURO.....	42	<i>sm complete 50+</i>	154	<i>sm senna laxative</i>	83
SKYRIZI.....	29	<i>sm complete 50+ ultimate mens</i>	154	<i>sm senna-s</i>	83
SKYRIZI PEN.....	29	<i>sm complete 50+ ultimate women</i> ..	154	<i>sm slow release dried iron</i>	89
SLO-NIACIN.....	153	<i>sm complete advanced formula</i>	154	<i>sm slow release iron</i>	89
SLOW FE.....	89	<i>sm complete senior formula</i>	154	<i>sm stomach relief</i>	76
<i>slow iron</i>	89	<i>sm dry eye relief</i>	94	<i>sm stool softener</i>	83
<i>slow release iron</i>	89	<i>sm ear drops</i>	169	<i>sm stool softener/laxative</i>	83
SLOW-MAG.....	131	<i>sm enema</i>	83	<i>sm super b complex/c</i>	154
<i>sm 3-day vaginal</i>	85	<i>sm epsom salt</i>	83	<i>sm triple antibiotic</i>	162
<i>sm 8 hour pain relief</i>	39	<i>sm fexofenadine hcl</i>	98	<i>sm triple antibiotic max st</i>	162
<i>sm alcohol</i>	58	<i>sm fiber</i>	83	<i>sm triple antibiotic original</i>	162
<i>sm all day allergy</i>	98	<i>sm fiber powder</i>	83	<i>sm tussin cf</i>	108
<i>sm all day allergy childrens</i>	98	<i>sm folic acid</i>	154	<i>sm tussin cough/chest congest</i>	108
<i>sm all day allergy relief</i>	98	<i>sm gas relief</i>	78	<i>sm tussin dm</i>	109
<i>sm all day allergy-d</i>	108	<i>sm gas relief infants</i>	78	<i>sm tussin dm max</i>	108
<i>sm allergy childrens</i>	98	<i>sm gentle laxative</i>	83	<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	109
<i>sm allergy relief</i>	98	<i>sm hair/skin/nails</i>	154	<i>sm vit c/rose hips</i>	154
<i>sm allergy relief childrens</i>	98	<i>sm ibuprofen</i>	35	<i>sm vitamin b complex/vitamin c</i>	154
<i>sm animal shapes complete</i>	153	<i>sm ibuprofen ib</i>	35	<i>sm vitamin b1</i>	154
<i>sm animal shapes kids first</i>	153	<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	35	<i>sm vitamin b-12</i>	154
<i>sm antacid</i>	75	<i>sm infants ibuprofen</i>	35	<i>sm vitamin b12 tr</i>	154
<i>sm antibiotic</i>	162	<i>sm iron</i>	89	<i>sm vitamin b6</i>	154
<i>sm anti-diarrheal</i>	76	<i>sm iron slow release</i>	89	<i>sm vitamin b-6</i>	154
<i>sm antifungal clotrimazole</i>	164	<i>sm lice killing max strength</i>	166	<i>sm vitamin c</i>	154
<i>sm antifungal miconazole</i>	164	<i>sm lice treatment</i>	166	<i>sm vitamin c cr</i>	154
<i>sm antifungal tolnaftate</i>	164	<i>sm loratadine</i>	98	<i>sm vitamin c/rose hips</i>	154
<i>sm anti-itch extra strength</i>	168	<i>sm loratadine allergy relief</i>	98	<i>sm vitamin d</i>	154
<i>sm antioxidant vitamins</i>	154	<i>sm lorata-dine d</i>	108	<i>sm vitamin d3</i>	154
<i>sm antiseptic skin cleanser</i>	168	<i>sm loratadine d 12hr</i>	108	<i>sm vitamin e</i>	154
<i>sm arthritis pain relief</i>	39	<i>sm lubricant eye drops</i>	94	<i>sm zinc gluconate</i>	132
<i>sm arthritis pain reliever</i>	39	<i>sm lubricating plus</i>	94	sodium bicarbonate.....	75
<i>sm aspirin adult low strength</i>	40	<i>sm lubricating tears</i>	94	sodium chloride.....	109, 125, 161

<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	94	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	91	TAGRISSO.....	23
<i>sodium fluoride</i>	126, 132	<i>sulfadiazine</i>	45	TALZENNA.....	23
<i>sodium oxybate</i>	122	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	45	<i>tamoxifen citrate</i>	16
<i>sodium phenylbutyrate</i>	70	SULFAMYLON.....	162	<i>tamsulosin hcl</i>	85
<i>sodium phosphates</i>	132	<i>sulfasalazine</i>	79	TANDEM.....	90
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	59	<i>sulindac</i>	35	TANDEM PLUS.....	90
<i>solifenacin succinate</i>	84	<i>sumatriptan</i>	121	TARINA 24 FE.....	64
SOLQUA.....	67	<i>sumatriptan succinate</i>	121	TARINA FE 1/20 EQ.....	64
<i>solo</i>	155	<i>sumatriptan succinate refill</i>	121	TASIGNA.....	23
SOLTAMOX.....	16	<i>sunitinib malate</i>	23	<i>tasimelteon</i>	121
SOLU-CORTEF.....	72	SUNLENCA.....	41	TAVNEOS.....	87
SOMATULINE DEPOT.....	71	<i>super antioxidant</i>	155	<i>tazarotene</i>	164
SOMAVERT.....	71	<i>super aytinal</i>	155	TAZICEF.....	48
SOOTHE XP.....	94	<i>super aytinal 50 plus</i>	155	TAZORAC.....	164
SOOTHE XP XTRA PROTECTION.....	94	<i>super b complex/fal/vit c</i>	155	TAZVERIK.....	23
<i>sorafenib tosylate</i>	22	<i>super b complex/vitamin c</i>	155	TECENTRIQ.....	23
<i>sotalol hcl</i>	51	<i>super b-complex + vitamin c</i>	155	TECENTRIQ HYBREZA.....	23
<i>sotalol hcl (af)</i>	51	<i>super b-complex/vit c/fa</i>	155	<i>teeny tummy gas relief drops</i>	78
SOTYKTU.....	29	<i>super biotin</i>	155	TEFLARO.....	48
<i>span c</i>	155	<i>super calcium</i>	132	<i>telmisartan</i>	51
SPECTRAVITE.....	155	<i>super calcium 600 + d 400</i>	132	<i>telmisartan-amlodipine</i>	55
SPEEDY SWAB COVID-19		<i>super calcium 600 + d3</i>	132	<i>telmisartan-hctz</i>	55
ANTIGEN.....	45	<i>super daily d3</i>	155	<i>temazepam</i>	121
<i>spironolactone</i>	51	<i>super multiple</i>	155	TENIVAC.....	33
<i>spironolactone-hctz</i>	55	SUPER QUINTS B-50.....	155	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	41
SPRINTEC 28.....	64	<i>super thera vite m</i>	155	TEPMETKO.....	23
SPRITAM.....	112	<i>super vita-mins</i>	155	<i>terazosin hcl</i>	51
SPS (SODIUM POLYSTYRENE		<i>suphedrine 12hour</i>	109	<i>terbinafine hcl</i>	43, 164
SULF).....	59	<i>support</i>	155	<i>terbutaline sulfate</i>	98
SRONYX.....	64	SUPPORT-500.....	155	<i>terconazole</i>	85
SSD.....	162	<i>sv iron</i>	89	<i>teriparatide</i>	73
STELARA.....	29	<i>sv vitamin b-12 er</i>	155	<i>testosterone</i>	59, 60
<i>sterile water for irrigation</i>	161	SYEDA.....	64	<i>testosterone cypionate</i>	59
<i>stimulant laxative</i>	83	SYMDEKO.....	101	<i>testosterone enanthate</i>	59
STIVARGA.....	23	SYMPAZAN.....	112	<i>tetrabenazine</i>	120
<i>stomach relief</i>	76	SYMTUZA.....	42	<i>tetracycline hcl</i>	51
<i>stomach relief extra strength</i>	76	SYNAREL.....	71	THALOMID.....	27
<i>stomach relief ultra</i>	76	SYNJARDY.....	69	THE MAGIC BULLET.....	84
<i>stool softener</i>	83	SYNJARDY XR.....	69	<i>theophylline</i>	102
<i>stool softener laxative</i>	83	SYNTHROID.....	58	<i>theophylline er</i>	102
<i>stool softener plus laxative</i>	83	SYRSPEND SF.....	58	THERA.....	155
<i>stool softener/laxative</i>	83	SYSTANE.....	94	<i>thera vital m</i>	155
<i>streptomycin sulfate</i>	45	SYSTANE BALANCE.....	94	<i>therabasic-m</i>	155
<i>stress formula</i>	155	SYSTANE COMPLETE.....	94	THERA-D 2000.....	155
<i>stress formula (folic acid)</i>	155	SYSTANE HYDRATION PF.....	94	THERA-D 4000.....	155
<i>stress formulaliron</i>	155	SYSTANE ICAPS AREDS2.....	155	THERA-D RAPID REPLETION.....	156
STRESSTABS ADVANCED.....	155	SYSTANE PRESERVATIVE FREE.....	94	THERAGRAN-M.....	156
STRESSTABS ENERGY.....	155	SYSTANE ULTRA.....	94	THERAGRAN-M ADVANCED.....	156
STRIBILD.....	42	SYSTANE ULTRA PF.....	94	THERAGRAN-M ADVANCED 50	
STROVITE ONE.....	155	TAB-A-VITE.....	155	PLUS.....	156
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN.....	168	TAB-A-VITE/BETA CAROTENE.....	155	THERAGRAN-M PREMIER.....	156
STYE.....	94	<i>tab-a-vite/iron</i>	155	THERAGRAN-M PREMIER 50	
SUBVENITE.....	112	TAB-A-VITE/IRON/BETA		PLUS.....	156
<i>sucralfate</i>	78	CAROTENE.....	155	THERAMILL FORTE.....	156
SUDOGEST.....	109	TABLOID.....	26	<i>therapeutic formula/hematinics</i>	156
<i>sudogest 12 hour</i>	109	TABRECTA.....	23	<i>therapeutic moisturizing</i>	168
SUDOGEST MAXIMUM		<i>tacrolimus</i>	31, 168	<i>therapeutic-m</i>	156
STRENGTH.....	109	<i>tadalafil</i>	85	<i>thera-tabs</i>	156
<i>sulfacetamide sodium</i>	92	<i>tadalafil (pah)</i>	56	<i>thera-tabs m</i>	156
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	161	TAFINLAR.....	23	THERATEARS.....	94

THERATRUM COMPLETE.....	156	<i>triamterene-hctz</i>	55	TRUSTEX LUBRICATED EX	
THERATRUM COMPLETE 50		<i>tri-buffered aspirin</i>	40	LARGE.....	65
PLUS.....	156	TRICON.....	90	TRUSTEX LUBRICATED EXTRA	
THEREMS.....	156	TRIDACAINE II.....	162	ST.....	65
<i>thiamine hcl</i>	156	TRIDERM.....	165	TRUSTEX	
<i>thiamine mononitrate</i>	156	<i>trientine hcl</i>	59	LUBRICATED/SPERMICIDE.....	65
<i>thioridazine hcl</i>	119	TRI-ESTARYLLA.....	64	TRUSTEX NON-LUBRICATED.....	65
<i>thiothixene</i>	119	<i>trifluoperazine hcl</i>	119	TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE..	65
TIADYLT ER.....	54	<i>trifluridine</i>	92	TRUSTEX RIA LUBRICATED.....	65
<i>tiagabine hcl</i>	112	<i>trigels-f forte</i>	90	TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	65
TIBSOVO.....	23	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	113	TRUSTEX-NONOXYNOL-	
<i>ticagrelor</i>	90	TRIJARDY XR.....	69	9/RIB/STUD.....	65
TICOVAC.....	33	TRIKAFTA.....	102	TRUXIMA.....	23
<i>tigecycline</i>	51	TRI-LEGEST FE.....	64	TUKYSA.....	23
TILIA FE.....	64	TRI-LINYAH.....	64	TUMS.....	75
<i>timolol maleate</i>	53, 91	TRI-LO-ESTARYLLA.....	64	TURALIO.....	23
<i>tinidazole</i>	45	TRI-LO-MARZIA.....	64	TURQOZ.....	65
TIVICAY.....	41	TRI-LO-MILI.....	64	TUSNEL.....	109
TIVICAY PD.....	41	TRI-LO-SPRINTEC.....	64	TUSNEL C.....	109
<i>tizanidine hcl</i>	114	<i>trimethoprim</i>	45	<i>tusnel diabetic</i>	109
<i>tm-daily vite</i>	156	TRI-MILI.....	65	TUSNEL DM.....	109
<i>tm-vite rx</i>	156	<i>trimipramine maleate</i>	116	TUSNEL DM PEDIATRIC.....	109
TOBI PODHALER.....	45	TRINTELLIX.....	116	TUSNEL PEDIATRIC.....	109
TOBRADEX.....	91	TRI-NYMYO.....	65	TUSNEL-DM PEDIATRIC.....	109
<i>tobramycin</i>	45, 92	<i>triphrocaps</i>	156	TUSNEL-EX.....	109
<i>tobramycin sulfate</i>	45	<i>triple antibiotic</i>	162	<i>tussin cf</i>	109
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	91	<i>triple antibiotic plus</i>	162	<i>tussin cough</i>	109
<i>tolnaftate</i>	164	<i>triple antibiotic+pain relief</i>	162	<i>tussin dm</i>	109
<i>tolnaftate antifungal</i>	164	TRIPLE PASTE AF.....	164	<i>tussin dm cough + chest</i>	109
<i>tolterodine tartrate</i>	84	TRI-SPRINTEC.....	65	<i>tussin mucus & chest congest</i>	109
<i>tolterodine tartrate er</i>	84	TRIUMEQ.....	42	<i>tussin mucus+chest congestion</i>	109
<i>topiramate</i>	112	<i>triumeq pd</i>	42	TWINRIX.....	33
<i>toremifene citrate</i>	16	<i>tri-vite/fluoride</i>	156	TYBOST.....	41
TORPENZ.....	23	TRIVORA (28).....	65	TYDEMY.....	65
<i>torsemide</i>	55	TRI-VYLIBRA.....	65	TYENNE.....	29
<i>total allergy</i>	98	TRI-VYLIBRA LO.....	65	TYPHIM VI.....	33
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	67	TROGARZO.....	41	U-BASE.....	58
TOUJEO SOLOSTAR.....	67	TROPHAMINE.....	133	UBRELVY.....	121
TPN ELECTROLYTES.....	125	<i>tropical liquid nutrition</i>	156	UDAMIN SP.....	156
TRADJENTA.....	69	<i>tropium chloride</i>	84	ULTRA BONEUP.....	156
TRALEMENT.....	133	<i>true ferrous sulfate</i>	90	<i>ultra calcium + vitamin d3</i>	132
<i>tramadol hcl</i>	36	<i>true folic acid</i>	156	ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN	
<i>tramadol-acetaminophen</i>	36	<i>true magnesium oxide</i>	132	KIDS.....	156
<i>trandolapril</i>	57	<i>true multivitamin</i>	156	<i>ultra freeda</i>	156
<i>tranexamic acid</i>	87	<i>true vitamin b12</i>	156	<i>ultra freedaliron</i>	156
<i>tranylcypromine sulfate</i>	116	<i>true vitamin b6</i>	156	ULTRA FRESH.....	94
TRAVASOL.....	133	<i>true vitamin c</i>	156	<i>ultra lubricating eye drops</i>	94
TRAZIMERA.....	23	<i>true vitamin d3</i>	156	<i>ultra lubricating eye drops pf</i>	94
<i>trazodone hcl</i>	116	<i>true vitamin e</i>	156	ULTRACHOICE ADV FORMULA	
TRECATOR.....	42	<i>truelyte</i>	127	MATURE.....	157
TRELEGY ELLIPTA.....	99	TRULICITY.....	69	ULTRACHOICE ADVANCED	
TREMFYA.....	29	TRUMENBA.....	33	FORMULA.....	157
TREMFYA CROHNS INDUCTION..	29	TRUQAP.....	23	UNITHROID.....	59
TREMFYA ONE-PRESS.....	29	TRUSTEX		UPSPRING BABY VIT D.....	157
TREMFYA PEN.....	29	LUB/RIBBED/STUDDERD.....	65	<i>ursodiol</i>	78
<i>treprostinil</i>	56	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX		<i>valacyclovir hcl</i>	47
TRESIBA.....	67	ST.....	65	VALCHLOR.....	168
TRESIBA FLEXTOUCH.....	67	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL..	65	<i>valganciclovir hcl</i>	47
<i>tretinoin</i>	26, 161	TRUSTEX LUBRICATED.....	65	<i>valproate sodium</i>	122
<i>triamcinolone acetonide</i>	161, 165			<i>valproic acid</i>	112

<i>valsartan</i>	51	<i>vision formulallutein</i>	157	<i>vitamin e high potency</i>	159
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	55	<i>vision health</i>	157	<i>vitamin e water soluble</i>	159
VALTOCO 10 MG DOSE.....	112	<i>vision vitamins</i>	157	<i>vitamin k1</i>	159
VALTOCO 15 MG DOSE.....	112	VISTA ADVANCED AREDS2		<i>vitamins acd-fluoride</i>	159
VALTOCO 20 MG DOSE.....	112	FORMULA.....	157	<i>vitamins a-d-e/selenium</i>	159
VALTOCO 5 MG DOSE.....	112	VISTA ADVANCED DRY EYE		VITASANA.....	159
VALTYA 1/50.....	65	FORMULA.....	157	<i>vitatrum</i>	159
<i>value plus glucose</i>	59	<i>vit e-vit c-beta carotene</i>	157	VITATRUM COMPLETE.....	159
VANACOF DM.....	109	<i>vita c/bioflavonoids/rose hips</i>	157	VITRAKVI.....	24
VANATAB DM.....	109	<i>vita hair</i>	157	VITRAMYN.....	159
<i>vancomycin hcl</i>	46	<i>vitabasic complete</i>	157	VITRANOL.....	159
<i>vancomycin hcl in nacl</i>	45	<i>vitabasic senior</i>	157	VITRANOL FE.....	159
VANFLYTA.....	23	<i>vitabex plus</i>	157	VITREXATE.....	159
VANIBASE.....	58	<i>vitachew adult multi vitamin</i>	157	VITREXATE FE.....	159
VANICREAM.....	168	<i>vitachew multiple vitamin</i>	157	VITREXYL.....	159
<i>vanishing cream botanical base</i>	58	<i>vitachew vit c citrus burst</i>	157	VITREXYL + IRON.....	159
VAQTA.....	33	VITAJoy DAILY C GUMMIES.....	157	VITRON-C.....	90
<i>varenicline tartrate</i>	123	VITAJoy MULTI GUMMIES		<i>vitrum 50+ senior multi</i>	159
<i>varenicline tartrate (starter)</i>	123	ADULT.....	157	VITRUM SENIOR.....	159
VARIVAX.....	33	VITAL-D RX.....	157	<i>vivimusta</i>	15
VASCEPA.....	53	<i>vitalee</i>	157	VIVITROL.....	124
VAXCHORA.....	34	VITALETS CHILDRENS.....	157	VIVOTIF.....	34
<i>v-c forte</i>	157	<i>vitamin a</i>	157	VIZIMPRO.....	24
<i>vegetable lax+stool softener</i>	84	<i>vitamin b + c complex</i>	157	VONJO.....	24
VELIVET.....	65	<i>vitamin b 12</i>	157	VORANIGO.....	24
VELSIPITY.....	29	<i>vitamin b complex</i>	157	<i>voriconazole</i>	43
VELVACHOL.....	168	<i>vitamin b1</i>	158	VORTEX HOLD	
VENCLEXTA.....	24	<i>vitamin b-1</i>	158	CHMBR/MASK/CHILD.....	102
VENCLEXTA STARTING PACK.....	24	<i>vitamin b12</i>	158	VORTEX HOLD	
VENEXA.....	157	<i>vitamin b-12</i>	158	CHMBR/MASK/TODDLER.....	102
VENEXA FE.....	157	<i>vitamin b-12 er</i>	158	VORTEX VALVED HOLDING	
<i>venlafaxine hcl</i>	116	<i>vitamin b12 tr</i>	158	CHAMBER.....	102
<i>venlafaxine hcl er</i>	116	<i>vitamin b12-folic acid</i>	158	VOSEVI.....	47
VENOFER.....	90	<i>vitamin b6</i>	158	VOWST.....	78
VENTOLIN HFA.....	98	<i>vitamin b-6</i>	158	VRAYLAR.....	119
VENTRIXYL.....	157	<i>vitamin c</i>	158	VYFEMLA.....	65
VENTRIXYL FE.....	157	<i>vitamin c drops</i>	158	VYLIBRA.....	65
VEOZAH.....	71	<i>vitamin c er</i>	158	VYZULTA.....	91
<i>verapamil hcl</i>	54	<i>vitamin c gummies</i>	158	WAL-DRYL ALLERGY.....	98
<i>verapamil hcl er</i>	54	<i>vitamin c plus wild rose hips</i>	158	<i>warfarin sodium</i>	86
VERQUVO.....	56	<i>vitamin c/rose hips</i>	158	<i>wee care</i>	90
VERSACLOZ.....	119	<i>vitamin c/rose hips tr</i>	158	WEEKLY-D.....	160
<i>versatile cream base</i>	58	<i>vitamin c-rose hips</i>	158	WELIREG.....	26
VERSIGEL.....	58	<i>vitamin c-rose hips er</i>	158	WERA.....	65
VERZENIO.....	24	<i>vitamin c-rose hips tr</i>	158	<i>wescaps</i>	160
VESTURA.....	65	<i>vitamin d</i>	158	<i>westab max</i>	160
VIC-FORTE.....	157	<i>vitamin d (cholecalciferol)</i>	158	<i>westab one</i>	160
VIENVA.....	65	<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	158	<i>westab plus</i>	126
<i>vigabatrin</i>	112	<i>vitamin d high potency</i>	158	<i>white petroleum jelly</i>	58
VIGADRONE.....	112	<i>vitamin d infant</i>	158	WIXELA INHUB.....	99
VIGAFYDE.....	112	VITAMIN D-1000 MAX ST.....	159	<i>womens 50+ advanced</i>	160
VIGPODER.....	112	<i>vitamin d3</i>	159	<i>womens 50+ multi vitamin</i>	160
<i>vilazodone hcl</i>	116	<i>vitamin d-3</i>	159	<i>womens daily form/fal/cal/fe</i>	160
VIMKUNYA.....	34	<i>vitamin d3 complete</i>	159	<i>womens daily formula</i>	160
<i>vincristine sulfate</i>	26	VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH....	159	<i>womens multi</i>	160
<i>vinorelbine tartrate</i>	26	<i>vitamin d3 maximum strength</i>	159	<i>womens multi gummies</i>	160
<i>violele</i>	65	<i>vitamin d3 super strength</i>	159	<i>womens multivitamin</i>	160
VIRACEPT.....	41	<i>vitamin d3 ultra strength</i>	159	<i>womens multivitamin + collagen</i>	160
VIREAD.....	41	<i>vitamin e</i>	159	<i>wound care</i>	58
<i>virt-caps</i>	157	<i>vitamin e blend</i>	159	WYMZYA FE.....	65

XALKORI.....	24	ZELBORAF.....	25
XARAH FE.....	65	ZEMAIRA.....	102
XARELTO.....	86	ZENATANE.....	161
XARELTO STARTER PACK.....	86	ZENPEP.....	78
XATMEP.....	30	ZERViate.....	90
XCEL 100.....	58	<i>zidovudine</i>	41
<i>xcellent a 3000</i>	160	<i>zinc</i>	132
<i>xcellent a 7500</i>	160	ZINC 15.....	132
XCOPRI.....	112	<i>zinc chloride</i>	133
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ..	112	<i>zinc gluconate</i>	132
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ..	112	<i>zinc oxide</i>	169
XDEMY.....	92	<i>zinc sulfate</i>	132
XELJANZ.....	29	<i>ziprasidone hcl</i>	119
XELJANZ XR.....	29	<i>ziprasidone mesylate</i>	119
XELRIA FE.....	65	ZIRABEV.....	25
XENICAL.....	72	ZIRGAN.....	92
XERAC AC.....	169	<i>zoledronic acid</i>	73
XERMELO.....	78	ZOLINZA.....	25
XGEVA.....	73	<i>zolpidem tartrate</i>	121
XHANCE.....	102	ZONISADE.....	113
XIFAXAN.....	78	<i>zonisamide</i>	113
XIGDUO XR.....	69	ZOO FRIENDS/EXTRA C.....	160
XIIDRA.....	94	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	47		169
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	47	ZOVIA 1/35 (28).....	66
XOLAIR.....	102	ZTALMY.....	113
XOSPATA.....	24	ZUMANDIMINE.....	66
XPOVIO (100 MG ONCE		ZURZUVAE.....	116
WEEKLY).....	24	ZYDELIG.....	25
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ..	24	ZYKADIA.....	25
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ..	24	ZYLET.....	91
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ..	24		
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ..	24		
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ..	24		
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ..	25		
XTANDI.....	16		
XULANE.....	65		
XULTOPHY.....	67		
YELETS TEENAGE FORMULA....	160		
YESINTEK.....	29, 30		
YF-VAX.....	34		
<i>yl coenzyme q10</i>	124		
<i>yl folic acid</i>	160		
<i>yl vitamin b-6</i>	160		
<i>yl vitamin c</i>	160		
<i>yl vitamin c-rose hips</i>	160		
YOUR LIFE MULTI ADULT			
GUMMIES.....	160		
YUMVS MULTI ZERO.....	160		
YUMVS VITAMIN C ZERO.....	160		
YUMVS ZERO DIABETIC			
MULTIVITAM.....	160		
YUMVSKIDS MULTI ZERO.....	160		
YUVAFEM.....	71		
ZAFEMY.....	65		
<i>zafirlukast</i>	103		
<i>zaleplon</i>	121		
ZARXIO.....	87		
ZEGALOGUE.....	59		
ZEJULA.....	25		

Neighborhood INTEGRITY | (Plan de Medicare-Medicaid)
Formulario de 2025: 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 desde el 24 de junio de 2025.

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.



Notice of Non-Discrimination

Neighborhood Health Plan of Rhode Island (Neighborhood) does not discriminate or treat people differently because of race, color, national origin (including people who do not speak English as their primary language), age, disability, religion, or sex (such as sexual orientation, sexual stereotypes, gender identity, pregnancy or related conditions).

We're here for you!

Neighborhood offers FREE assistance such as:

- » aids and services for people with disabilities
- » qualified interpreters, translation services, and sign language interpreters
- » written information in large print, braille, electronic and audio format

If you need any of these services, call the Member Services phone number on the back of your Neighborhood ID card. If you are not a Neighborhood member, please call us at 1-800-963-1001 (TTY 711).

Discrimination Complaints

If you feel like Neighborhood has failed to provide these services or has discriminated based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint, also known as a grievance. You can file a grievance in person, by phone, mail, fax or email. Need help? Call your Neighborhood Civil Rights Coordinator at the phone number below.

PHONE: 1-401-427-7646 (TTY 711)

**MAIL OR
IN PERSON:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island
Attn: Civil Rights Coordinator
910 Douglas Pike
Smithfield, RI 02917

FAX: 1-401-709-7005

EMAIL: OCRCoordinator@nhpri.org

ONLINE: <https://www.nhpri.org/non-discrimination-language-assistance>

You can also file a complaint with the **U.S. Department of Health and Human Services:**

PHONE: Call 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)

BY MAIL: Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

ONLINE: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

For more information or to view this notice online, please visit the Neighborhood website at www.nhpri.org.



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-963-1001 (TTY 711) or speak to your provider.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات المساعدة المناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات بديلة لأصحاب الإعاقات مجانًا. اتصل على 1-800-963-1001 (هاتف الصم وضعاف السمع 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك.

注意：若您使用粵語，我們將為您提供免費的語言協助服務。此外，我們也提供適當的輔助設備與服務，為您提供免費且易於閱讀的資訊。致電 1-800-963-1001 (TTY 711) 或與您的供應商商討。

请注意：如果您说普通话，我们可以为您提供免费的语言援助服务。还会以通俗易懂的形式，免费提供相应的辅助性帮助和服务。请致电 1-800-963-1001 (TTY 711) 或直接联系您的供应商。

À NOTER : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-963-1001 (ATS 711) ou parlez à votre fournisseur.

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-800-963-1001 (TTY 711) oswa pale ak founisè w la.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, können Sie kostenlose Sprachassistentendienste nutzen. Geeignete unterstützende Hilfen und Services, die Informationen in barrierefreien Formaten bereitstellen, sind ebenfalls kostenfrei. Rufen Sie 1-800-963-1001 (TTY 711) an oder kontaktieren Sie Ihren Anbieter.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक सहायता और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-963-1001 (TTY 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

ATTENZIONE: Se parlate italiano, avete a disposizione dei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sempre gratuitamente, sono disponibili anche supporti e servizi ausiliari appropriati per fornirvi informazioni in formati accessibili. Potete chiamare il numero 1-800-963-1001 (TTY 711) o parlare con il vostro fornitore.

注意：日本語を話せる場合には、無料の言語サービスをご利用いただけます。利用できる形式で情報を提供するための適切な補助器具・サービスも無料でご利用いただけます。1-800-963-1001（テキスト電話（TTY）711）にお電話でお問い合わせになるか、提供者にご相談ください。

ការយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ

សេវាជំនួយភាសាភតិកត្តាមានផ្តល់ជូនដល់អ្នក។ ក៏មានការផ្តល់ការគាំទ្រ

និងសេវាកម្មជំនួយសមស្របដោយភតិកត្តាក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានផងដែរ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-963-1001 (TTY 711) ឬពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

참조: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이해 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 도구 및 서비스도 무료 이용하실 수 있습니다. 1-800-963-1001(TTY 711)로 전화하시거나 서비스 제공업체에 문의하세요.

UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług językowych. Dostępne są również bezpłatne pomoce i usługi, które zapewniają informacje w zrozumiałym formacie. Zadzwoń pod numer 1-800-963-1001 (TTY 711) lub skonsultuj się ze swoim świadczeniodawcą.

ATENÇÃO: Se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Estão também disponíveis, a título gratuito, ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-800-963-1001 (TDD 711) ou fale com o seu prestador

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, то вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах. Позвоните по телефону 1-800-963-1001 (телетайп 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

ATENCIÓN: Si habla español, se ofrecen servicios gratuitos de asistencia con el idioma. También se ofrecen ayudas y servicios auxiliares apropiados para brindar información en formatos accesibles sin cargo alguno. Llame al 1-800-963-1001 (TTY 711) o consulte con su proveedor.

PANSININ: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng tulong serbisyo sa lengguwahe. Ang mga naaangkop na dagdag na mga pantulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na porma ay magagamit din nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-963-1001 (TTY 711) o makipag-usap sa iyong tagapagbigay.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Các biện pháp hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Hãy gọi số 1-800-963-1001 (TTY 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.