



Neighborhood **INTEGRITY** (plan de Medicare-Medicaid) **2022 Formulario: Lista de medicamentos cubiertos**

Si tiene preguntas, comuníquese con Neighborhood INTEGRITY, llamando al 1-844-812-6896, de 8a.m. a 8p.m. y los sábados de 8a.m. a 8p.m. Los sábados por la tarde, los domingos y los días festivos es posible que se le solicite que deje un mensaje. Se le devolverá la llamada el próximo día hábil. La llamada es gratuita. TTY: 711. Para obtener más información, visite www.nhpri.org/INTEGRITY. No hemos realizado cambios a este formulario desde el 25/1/2022.

Neighborhood INTEGRITY| Lista de Medicamentos Recetados 2022 (Formulario)

Introducción

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

Índice

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

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 medicamentos de venta libre (OTC)?	11
B15. ¿Neighborhood INTEGRITY cubre productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?	12
Neighborhood INTEGRITY cubre algunos productos de venta libre (OTC) cuando su proveedor se los receta.	12
B16. ¿Cuál es mi copago?.....	12
B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	12
C. Breve resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	12
C1. Medicamentos agrupados por condición médica	13
D. Índice de medicamentos cubiertos	137



A. Renuncias de garantías

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

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

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.



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

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

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

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

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

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

B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

- la FDA proporciona nuevas pautas o se publican nuevas directrices clínicas sobre un medicamento,
- Incorporamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado **y**
 - Reemplazamos un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de medicamentos ○
 - Modificamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios:

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

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

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



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

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

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

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

Usted puede averiguar si su medicamento tiene algún otro requisito o límite consultando las tablas que figuran en las páginas **15-136**. 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 autorización previa y el tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

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

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

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

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

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.



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

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

Para buscar **por orden alfabético**, diríjase a la sección Índice de medicamentos cubiertos. Puede encontrarla en la página **137**.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

- usted está tomando un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, o
- las reglas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad indicada por el médico que le extendió la receta, o
- el medicamento requiere autorización previa 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 para 30 días del medicamento que necesita (a menos que tenga una receta para menos días), independientemente de si es un miembro nuevo de Neighborhood INTEGRITY.

Las transiciones del Nivel de atención también se admiten en el caso de los miembros que fueron internados en una institución de atención a largo plazo durante los últimos 30 días. Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesita (a menos que tenga una receta para menos días o que la receta esté redactada para un medicamento de marca), independientemente de si es un miembro nuevo de Neighborhood INTEGRITY.

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



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

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

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

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

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

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

B12. ¿Cuánto demora obtener una excepción?

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

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

Neighborhood INTEGRITY cubre medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

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

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

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



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

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

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

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

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

B16. ¿Cuál es mi copago?

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

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

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

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

Ninguno de los niveles tiene copagos.

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

La *Lista de medicamentos cubiertos* le proporciona información sobre los medicamentos que cubre Neighborhood INTEGRITY. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página **137**. En el índice encontrará una lista de todos los medicamentos cubiertos por Neighborhood INTEGRITY en orden alfabético.

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

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



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

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

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

C1. Medicamentos agrupados por condición médica

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

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

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

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

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

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



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

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

DP = Este medicamento no corresponde a la Parte D.

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

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



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

Lista de Medicamentos Agrupados por Condición Médica

FECHA EFECTIVA: 1 FEB 2022

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
Agentes Alquilantes		
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml, 450 mg/45ml, 50 mg/5ml, 600 mg/60ml	\$0, Nivel 1	B/D
cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml	\$0, Nivel 1	B/D
cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/5ml, 500 mg/2.5ml	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0, Nivel 1	B/D
cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0, Nivel 2	B/D
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0, Nivel 2	
oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml, 200 mg/40ml, 50 mg/10ml	\$0, Nivel 1	B/D
oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
PARAPLATIN INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/100ML	\$0, Nivel 1	B/D
Agentes Antineoplásicos Hormonales		
abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0, Nivel 2	PA; NDS
anastrozole oral tablet 1 mg	\$0, Nivel 1	
bicalutamide oral tablet 50 mg	\$0, Nivel 1	
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	\$0, Nivel 2	NDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
exemestane oral tablet 25 mg	\$0, Nivel 1	
flutamide oral capsule 125 mg	\$0, Nivel 1	
fulvestrant intramuscular solution 250 mg/5ml	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
letrozole oral tablet 2.5 mg	\$0, Nivel 1	
leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml	\$0, Nivel 1	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nivel 2	NDS
megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg	\$0, Nivel 2	
nilutamide oral tablet 150 mg	\$0, Nivel 2	NDS
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	\$0, Nivel 2	NDS
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 3.75 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
Agentes Moleculares Dirigidos		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 2 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (150 per 30 days); NDS
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 3 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>bortezomib intravenous solution reconstituted 3.5 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (150 per 30 days); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
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; LA; QL (21 per 28 days); NDS
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); 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

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (21 per 28 days); NDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (42 per 28 days); NDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (63 per 28 days); NDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (3 per 28 days); NDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y 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; LA; NDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400-23400 MG -UT/11.7ML, 1600-26800 MG - UT/13.4ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 & 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
UKONIQ ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
VELCADE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (112 per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (112 per 28 days); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (42 per 28 days); NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (56 per 28 days); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 60 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
Agentes Protectores		
<i>leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0, Nivel 2	NDS
Antibióticos		
ADRIAMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	\$0, Nivel 1	B/D
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>epirubicin hcl intravenous solution 200 mg/100ml, 50 mg/25ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
Antimetabolitos		
ALIMTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 500 MG	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0, Nivel 1	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	\$0, Nivel 2	NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nivel 2	
Diversos		
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (70 per 28 days); NDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (91 per 28 days); NDS
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (49 per 28 days); NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0, Nivel 2	LA; NDS
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
Inhibidores Mitóticos		
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>etoposide intravenous solution 100 mg/5ml, 500 mg/25ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
TOPOSAR INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/50ML, 100 MG/5ML	\$0, Nivel 1	B/D
<i>vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
Inmunomoduladores		
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (21 per 21 days); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 3 MG, 4 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (28 per 28 days); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (28 per 28 days); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoinmunes		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (16 per 28 days); NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (6 per 28 days); NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (4 per 28 days); NDS
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (2 per 28 days); NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (6 per 28 days); NDS
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (7 per 365 days); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (7 per 365 days); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (7 per 365 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (1 per 28 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (0.5 per 28 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (1 per 28 days); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (3 per 28 days); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (3 per 28 days); NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (240 per 24 days); NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
Fármacos Antirreumáticos Modificadores De La Enfermedad (Farme)		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0, Nivel 2	B/D
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 5 GM/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0, Nivel 2	B/D
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

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 25 GM/500ML, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
Inmunomoduladores		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT	\$0, Nivel 2	B/D
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 50000000 UNIT	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
Inmunosupresores		
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 200 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
<i>cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0, Nivel 1	B/D
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, Nivel 1	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0, Nivel 2	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, Nivel 2	B/D
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
ZORTRESS ORAL TABLET 1 MG	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
Vacunas		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0, Nivel 2	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	\$0, Nivel 2	
<i>bcg vaccine injection injectable</i>	\$0, Nivel 2	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0, Nivel 2	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5- 18.5 LF-MCG/0.5	\$0, Nivel 2	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0, Nivel 2	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15- 5	\$0, Nivel 2	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 Ifu/0.5ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	\$0, Nivel 2	B/D
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nivel 2	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0, Nivel 2	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	\$0, Nivel 2	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	\$0, Nivel 2	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE 2.5 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	B/D
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58- 10	\$0, Nivel 2	
IPOL INJECTION INJECTABLE	\$0, Nivel 2	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nivel 2	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nivel 2	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0, Nivel 2	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0, Nivel 2	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0, Nivel 2	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0, Nivel 2	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	\$0, Nivel 2	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nivel 2	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0, Nivel 2	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nivel 2	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nivel 2	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nivel 2	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nivel 2	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 10 MCG/ML (1ML SYRINGE), 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0, Nivel 2	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nivel 2	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0, Nivel 2	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	\$0, Nivel 2	QL (2 per 999 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	\$0, Nivel 2	B/D
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU	\$0, Nivel 2	B/D
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0, Nivel 2	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	\$0, Nivel 2	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML, 25 MCG/0.5ML (0.5ML SYRINGE)	\$0, Nivel 2	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0, Nivel 2	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	\$0, Nivel 2	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE	\$0, Nivel 2	
ANALGÉSICOS		
Aine		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>celecoxib oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (240 per 30 days)
<i>childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>gnp childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp ibuprofen infants suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp ibuprofen junior strength tablet chewable 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense ibuprofen infants suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm ibuprofen ib tablet chewable 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm ibuprofen infants suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0, Nivel 1	
<i>ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ibuprofen infants drops suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ibuprofen junior strength tablet chewable 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>infants ibuprofen suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml</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 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 per 30 days)
<i>naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
<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 suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm ibuprofen ib tablet chewable 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm infants ibuprofen suspension 50 mg/1.25ml oral 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 per 28 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (30 per 30 days)
HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (450 per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
<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 per 30 days)
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 per 30 days)
Analgésicos Opioides, De Acción Rápida		
<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	QL (2700 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (400 per 30 days)

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
<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 per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG	\$0, Nivel 1	QL (360 per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG	\$0, Nivel 1	QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	\$0, Nivel 1	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	QL (600 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine sulfate (pf) injection solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 5 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D
<i>morphine sulfate (pf) intravenous solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D
<i>morphine sulfate intravenous solution 1 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 per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
<i>nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	QL (900 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (240 per 30 days)

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Diversos		
8 hour arthritis pain reliever tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
8 hr arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
8hr muscle aches & pain tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen childrens solution 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen childrens tablet chewable 160 mg oral 160 mg	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen er tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen extra strength tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen suppository 120 mg rectal 120 mg	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen suppository 650 mg rectal 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nivel 3	DP
acetaminophen tablet chewable 160 mg oral 160 mg	\$0, Nivel 3	DP
arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
arthritis pain reliever tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nivel 3	DP
aspirin ec tablet delayed release 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
aspirin suppository 600 mg rectal 600 mg	\$0, Nivel 3	DP
aspirin tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
aspirin tablet delayed release 325 mg oral 325 mg	\$0, Nivel 3	DP
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE TABLET DELAYED RELEASE 81 MG ORAL 81 MG	\$0, Nivel 3	DP
childrens silapap liquid 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
ed-apap liquid 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
FEVERALL ADULTS SUPPOSITORY 650 MG RECTAL 650 MG	\$0, Nivel 3	DP
FEVERALL CHILDRENS SUPPOSITORY 120 MG RECTAL 120 MG	\$0, Nivel 3	DP
FEVERALL INFANTS SUPPOSITORY 80 MG RECTAL 80 MG	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPPOSITORY 325 MG RECTAL 325 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp 8 hour arthritis relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp 8 hour pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp 8 hour pain reliever tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp acetaminophen ex st tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp acetaminophen tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp acetaminophen tablet chewable 160 mg oral 160 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp aspirin tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp aspirin tablet delayed release 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp infants pain/fever suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp pain relief extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp pain relief tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense arthritis pain tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense aspirin tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense pain & fever child suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense pain relief extra st tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense pain relief tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm acetaminophen childrens tablet chewable 160 mg oral 160 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm adult aspirin tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm aspirin ec tablet delayed release 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm aspirin tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hm pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm pain relief extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm pain reliever tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>liquid acetaminophen liquid 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>mapap arthritis pain tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>mapap capsule 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
MAPAP CHILDRENS TABLET CHEWABLE 160 MG ORAL 160 MG	\$0, Nivel 3	DP
MAPAP CHILDRENS TABLET CHEWABLE 80 MG ORAL 80 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>m-pap liquid 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>pain relief extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>pain relief regular strength tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
PHARBETOL EXTRA STRENGTH TABLET 500 MG ORAL 500 MG	\$0, Nivel 3	DP
PHARBETOL TABLET 325 MG ORAL 325 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc aspirin tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc enteric aspirin tablet delayed release 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc non-aspirin childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc non-aspirin extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc pain relief childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc pain relief extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc pain relief tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm 8 hour pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm aspirin ec tablet delayed release 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm aspirin tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm pain relief tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm pain reliever ex st tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm pain reliever tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tri-buffered aspirin tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
ANESTÉSICOS		
Anestésicos Locales		
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	\$0, Nivel 1	B/D
ANTIINFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0, Nivel 2	NDS
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nivel 2	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nivel 2	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	\$0, Nivel 2	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nivel 2	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nivel 2	NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0, Nivel 2	NDS
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	\$0, Nivel 2	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0, Nivel 2	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0, Nivel 2	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	\$0, Nivel 2	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0, Nivel 2	
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 400 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$0, Nivel 2	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	\$0, Nivel 2	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0, Nivel 2	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0, Nivel 2	QL (400 per 30 days); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nivel 2	QL (240 per 30 days); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0, Nivel 2	QL (480 per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days); NDS
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	\$0, Nivel 2	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nivel 1	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0, Nivel 2	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0, Nivel 2	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 75 MG	\$0, Nivel 2	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nivel 2	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nivel 2	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0, Nivel 2	
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0, Nivel 2	LA; NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nivel 2	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0, Nivel 2	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0, Nivel 2	NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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	
PASER ORAL PACKET 4 GM	\$0, Nivel 2	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nivel 2	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nivel 2	
Agentes Combinados Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
BIKTARVY ORAL TABLET 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 200-25 MG	\$0, Nivel 2	NDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0, Nivel 2	NDS
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days); NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0, Nivel 2	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0, Nivel 2	NDS
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0, Nivel 2	NDS
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
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
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	\$0, Nivel 2	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0, Nivel 2	NDS
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0, Nivel 2	B/D
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (630 per 30 days); NDS
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	\$0, Nivel 1	
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (93 per 30 days); NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 365 days)
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (480 per 30 days)
Antiinfectivos, Varios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nivel 1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0, Nivel 2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0, Nivel 2	QL (12 per 365 days); NDS
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%</i>	\$0, Nivel 1	
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	\$0, Nivel 1	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 2	QL (1800 per 30 days); NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<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 in nacl intravenous solution 5-0.79 mg/ml-%</i>	\$0, Nivel 1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	QL (6 per 30 days); NDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>reeses pinworm medicine suspension 144 (50 base) mg/ml oral 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0, Nivel 2	NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 2	NDS
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0, Nivel 1	
SYNERCID INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150-350 MG	\$0, Nivel 2	NDS
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	\$0, Nivel 2	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (80 per 180 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (160 per 180 days)
Antimalariales		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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 26.3 (15 base) mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral 26.3 (15 base) mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA
Antivirales		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0, Nivel 2	NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nivel 1	
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	\$0, Nivel 2	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nivel 1	
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (168 per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (84 per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	QL (1080 per 365 days)
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 per 28 days); NDS
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER	\$0, Nivel 2	QL (120 per 365 days)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	\$0, Nivel 1	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	\$0, Nivel 2	QL (2 per 180 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	\$0, Nivel 2	QL (1 per 180 days)
Cefalosporinas		
<i>cefactor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cefactor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%</i>	\$0, Nivel 2	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ceftazidime and dextrose intravenous solution reconstituted 1-5 gm-%(50ml), 2-5 gm-%(50ml)</i>	\$0, Nivel 2	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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 7.5 gm, 750 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	\$0, Nivel 1	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	\$0, Nivel 1	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0, Nivel 2	NDS
Eritromicinas/Macrólidas		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	\$0, Nivel 2	NDS
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 2	NDS
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG	\$0, Nivel 1	
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	NDS
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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 base oral tablet delayed release 333 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Fluoroquinolonas		
<i>CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%)</i>	\$0, Nivel 2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0, Nivel 1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 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 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>	\$0, Nivel 2	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit</i>	\$0, Nivel 1	
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>	\$0, Nivel 2	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	\$0, Nivel 1	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 5000000 UNIT	\$0, Nivel 1	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	\$0, Nivel 1	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nivel 1	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<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	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA
<i>tigecycline solution reconstituted 50 mg intravenous 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>tigecycline solution reconstituted 50 mg intravenous 50 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
CARDIOVASCULAR		
Alfabloqueantes		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Antagonistas Del Receptor De Aldosterona		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Antagonistas Del Receptor De Angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0, Nivel 2	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG	\$0, Nivel 2	
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	\$0, Nivel 1	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG	\$0, Nivel 1	
sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	\$0, Nivel 1	
sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	\$0, Nivel 1	
Antilipémicos, Fibratos		
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg	\$0, Nivel 1	
fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg	\$0, Nivel 1	
gemfibrozil oral tablet 600 mg	\$0, Nivel 1	
Antilipémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg-Coa		
atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
Antilipémicos, Varios		
cholestyramine light oral packet 4 gm	\$0, Nivel 1	
cholestyramine light oral powder 4 gm/dose	\$0, Nivel 1	
cholestyramine oral packet 4 gm	\$0, Nivel 1	
cholestyramine oral powder 4 gm/dose	\$0, Nivel 1	
colesevelam hcl oral packet 3.75 gm	\$0, Nivel 1	
colesevelam hcl oral tablet 625 mg	\$0, Nivel 1	
colestipol hcl oral granules 5 gm	\$0, Nivel 1	
colestipol hcl oral packet 5 gm	\$0, Nivel 1	
colestipol hcl oral tablet 1 gm	\$0, Nivel 1	
ezetimibe oral tablet 10 mg	\$0, Nivel 1	
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0, Nivel 1	
PREVALITE ORAL POWDER 4 GM/DOSE	\$0, Nivel 1	
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0, Nivel 2	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Betabloqueadores		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
BYSTOLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Bloqueadores De Los Canales De Calcio		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	\$0, Nivel 1	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	\$0, Nivel 1	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML	\$0, Nivel 2	NDS
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	\$0, Nivel 1	
TIADYL ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	\$0, Nivel 1	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Combinaciones Beta-Bloqueadores/Diuréticos		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Combinaciones De Antagonistas Del Receptor De Angiotensina II		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0, Nivel 2	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<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 per 30 days)
<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 per 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<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 per 30 days)
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 per 30 days)
<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>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5- 12.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Diuréticos		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml, 10 mg/ml (4ml syringe)</i>	\$0, Nivel 1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Diversos		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML	\$0, Nivel 2	
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 1	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0, Nivel 2	
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0, Nivel 2	
DIGITEK ORAL TABLET 125 MCG, 250 MCG	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
DIGOX ORAL TABLET 125 MCG, 250 MCG	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<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 per 30 days)
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (180 per 30 days); NDS
<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>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA
<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	
Hipertensión Arterial Pulmonar		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>bosentan oral tablet 125 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>bosentan oral tablet 62.5 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml</i>	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
Inhibidores De Ace		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Nitratos		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0, Nivel 2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0, Nivel 1	
DIVERSOS		
Diversos		
<i>gnp petroleum jelly gel</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>grape flavor liquid (otc)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm petroleum jelly gel</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>melatonin liquid 1 mg/ml oral 1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
ORA-PLUS LIQUID ORAL (OTC)	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>petrolatum gel</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder (otc)</i>	\$0, Nivel 3	DP
ENDOCRINO Y METABÓLICO		
Agentes Aglutinantes De Fosfato		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (360 per 30 days)
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (360 per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	\$0, Nivel 2	QL (540 per 30 days); NDS
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (540 per 30 days)
Agentes Antitiroideos		
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nivel 1	
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nivel 1	
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	\$0, Nivel 1	
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nivel 1	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nivel 2	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nivel 1	
Agentes Elevadores De Glucosa		
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0, Nivel 2	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0, Nivel 2	
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nivel 2	
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	\$0, Nivel 2	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	\$0, Nivel 1	
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0, Nivel 1	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	\$0, Nivel 2	PA
Analógicos De Vitamina D		
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	\$0, Nivel 2	NDS
Andrógenos		
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24HR, 4 MG/24HR	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (120 per 30 days)
<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 per 30 days)
Anticonceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0, Nivel 1	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0, Nivel 1	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nivel 1	
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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	
CAZIAN ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0, Nivel 1	
CHATEAL ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
CYRED EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
DASETTA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
DASETTA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
DAYSEE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0, Nivel 1	
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	\$0, Nivel 1	
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
ELLA ORAL TABLET 30 MG	\$0, Nivel 2	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0, Nivel 1	
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0, Nivel 1	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 1	
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
FEMYNOR ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
HAILEY 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
HAILEY 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nivel 1	
HEATHER ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	
ICLEVIA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0, Nivel 1	
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0, Nivel 1	
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
JASMIEL ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nivel 1	
JOLESSA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0, Nivel 1	
JULEBER ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
JUNEL FE 24 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nivel 1	
KAITLIB FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nivel 1	
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LARIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nivel 1	
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LARISSIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LAYOLIS FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0, Nivel 1	
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days</i>	\$0, Nivel 1	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	\$0, Nivel 1	
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LILLOW ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LOESTRIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LOESTRIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LOESTRIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nivel 1	
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
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	
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nivel 1	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)</i>	\$0, Nivel 1	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg- mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg, 0.8-25 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	\$0, Nivel 1	
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG- MCG	\$0, Nivel 1	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG- MCG	\$0, Nivel 1	
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
NYMYO ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nivel 1	
ORSYTHIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
PHILITH ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nivel 1	
PIRMELLA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
PREVIFEM ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
RIVELSA ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0, Nivel 1	
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0, Nivel 1	
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	
SIMLIYA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nivel 1	
SIMPESSE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0, Nivel 1	
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nivel 1	
TARINA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nivel 1	
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG- MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-LINYAH ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TRI-LO-MARZIA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-LO-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-NYMYO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-PREVIFEM ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nivel 1	
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nivel 1	
TYDEMY ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG	\$0, Nivel 1	
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0, Nivel 1	
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nivel 1	
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	\$0, Nivel 1	
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
WERA ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0, Nivel 1	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0, Nivel 1	
ZARAH ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nivel 1	
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nivel 1	
Antidiabéticos, Insulinas		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0, Nivel 2	
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0, Nivel 2	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	\$0, Nivel 2	
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	\$0, Nivel 2	
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
FIASP SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	\$0, Nivel 2	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	NDS
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
NOVOLOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
OMNIPOD 5 PACK	\$0, Nivel 2	PA; QL (3 per 30 days)
OMNIPOD DASH 5 PACK PODS	\$0, Nivel 2	PA; QL (3 per 30 days)
OMNIPOD STARTER KIT	\$0, Nivel 2	PA; QL (1 per 365 days)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0, Nivel 2	
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0, Nivel 2	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SOLQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
V-GO 20 KIT	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
V-GO 30 KIT	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
V-GO 40 KIT	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0, Nivel 2	QL (15 per 30 days)
Antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML	\$0, Nivel 2	QL (3.4 per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML	\$0, Nivel 2	QL (2.4 per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML	\$0, Nivel 2	QL (1.2 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (75 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (150 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML	\$0, Nivel 2	QL (1.5 per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 4 MG/3ML	\$0, Nivel 2	QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 5-500 MG	\$0, Nivel 2	QL (120 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	\$0, Nivel 2	QL (2 per 28 days)

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML	\$0, Nivel 2	QL (9 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
Diversos		
ALDURAZyme INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>charcoal powder</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D; QL (120 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nivel 2	B/D; QL (60 per 30 days); NDS
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0, Nivel 2	B/D; QL (120 per 30 days); NDS
CYSTADANE ORAL POWDER	\$0, Nivel 2	LA; NDS
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	\$0, Nivel 1	
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
GENOTROPIN MINISUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 0.2 MG, 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 12 MG, 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
KETO-DIASTIX STRIP IN VITRO	\$0, Nivel 3	DP
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (PED), 30 MG (PED)	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 1	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 1	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XENICAL CAPSULE 120 MG ORAL 120 MG	\$0, Nivel 3	DP
Endometriosis		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0, Nivel 2	NDS
Estrógenos		
AMABELZ ORAL TABLET 0.5-0.1 MG, 1-0.5 MG	\$0, Nivel 2	
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 10 MG/ML	\$0, Nivel 2	
DOTTI TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0, Nivel 2	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nivel 2	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 2	
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 2	
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	\$0, Nivel 2	
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG	\$0, Nivel 2	
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	\$0, Nivel 2	
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0, Nivel 2	
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0, Nivel 2	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 2	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	\$0, Nivel 1	
Glucocorticoides		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0, Nivel 2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0, Nivel 2	B/D
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	\$0, Nivel 1	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0, Nivel 2	
Progestinas		
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Reguladores De Calcio		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	\$0, Nivel 1	B/D
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution 6 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution reconstituted 30 mg, 90 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0, Nivel 2	QL (1 per 180 days)
<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	
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
zoledronic acid intravenous solution 4 mg/100ml, 5 mg/100ml	\$0, Nivel 1	B/D
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Del Receptor H2		
famotidine intravenous solution 20 mg/2ml, 200 mg/20ml, 40 mg/4ml	\$0, Nivel 1	
famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml	\$0, Nivel 1	QL (300 per 30 days)
famotidine oral tablet 20 mg	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
famotidine oral tablet 40 mg	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%	\$0, Nivel 1	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	\$0, Nivel 1	
Antiácidos		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML ORAL 400-400-40 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
alum & mag hydroxide-simeth suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
alum & mag hydroxide-simeth suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
alumina-magnesia-simethicone suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
aluminum hydroxide gel suspension 320 mg/5ml oral 320 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
antacid anti-gas max strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
antacid fast relief suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
antacid maximum strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
antacid plus anti-gas fast act suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
antacid plus anti-gas relief suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
antacid plus anti-gas relief suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
antacid regular strength suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
antacid suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
antacid/anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP
gnp antacid & anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gnp antacid & anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp antacid regular strength suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm advanced antacid max st suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm antacid anti-gas ex st suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm antacid suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm antacid/antigas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>mag-al plus liquid 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>mag-al plus xs liquid 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>magnesium oxide tablet 400 mg oral 400 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>magnesium oxide tablet 420 mg oral 420 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
MI-ACID SUSPENSION 200-200-20 MG/5ML ORAL 200-200-20 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
<i>mintox maximum strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
MINTOX PLUS TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG ORAL 200-200-25 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc antacid suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc antacid/anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc antacid/anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm antacid advanced max st suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm antacid advanced suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm antacid maximum strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm antacid/antigas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sodium bicarbonate powder oral (otc)</i>	\$0, Nivel 3	DP
Antidiarreicos		
<i>anti-diarrheal capsule 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>bismatrol tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gnp anti-diarrheal capsule 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp pink bismuth tablet 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp pink bismuth tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense stomach relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm anti-diarrheal capsule 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm stomach relief suspension 262 mg/15ml oral 262 mg/15ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm stomach relief suspension 525 mg/30ml oral 525 mg/30ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm stomach relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>loperamide hcl tablet 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>peptic relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc anti-diarrheal capsule 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc diarrhea relief suspension 262 mg/15ml oral 262 mg/15ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm anti-diarrheal capsule 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm stomach relief tablet 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm stomach relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>stomach relief suspension 525 mg/30ml oral 525 mg/30ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>stomach relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
Antieméticos		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
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 per 30 days)
<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	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (10 per 30 days)
Antiespasmódicos		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 2	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Diversos		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>alosetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>gas relief drops infants suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gas relief extra strength capsule 125 mg oral 125 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gas relief extra strength tablet chewable 125 mg oral 125 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gas relief suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gas relief tablet chewable 80 mg oral 80 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gas relief ultra strength capsule 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>gnp anti-gas capsule 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp gas relief extra strength capsule 125 mg oral 125 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp gas relief tablet chewable 80 mg oral 80 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm gas relief infants drops suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hm gas relief tablet chewable 80 mg oral 80 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>infants gas relief suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>infants simethicone suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>mi-acid gas relief tablet chewable 80 mg oral 80 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	\$0, Nivel 1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
MOVANTIK ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH CAPSULE 250 MG ORAL 250 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc gas relief extra strength capsule 125 mg oral 125 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
RESTORA RX CAPSULE 60-1.25 MG ORAL 60-1.25 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm gas relief antifatulent capsule 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm gas relief extra strength capsule 125 mg oral 125 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm gas relief infants suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm gas relief tablet chewable 125 mg oral 125 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm gas relief tablet chewable 80 mg oral 80 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sucrafate oral tablet 1 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Enzimas Pancreáticas		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	\$0, Nivel 2	
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT	\$0, Nivel 2	
Inhibidores De La Bomba De Protones		
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG, 60 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nivel 1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<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 per 30 days)
Laxantes		
<i>bisacodyl ec tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>bisacodyl suppository 10 mg rectal 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>docu liquid 50 mg/5ml oral 50 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>docusate calcium capsule 240 mg oral 240 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>docusate mini enema 283 mg/5ml rectal 283 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>docusate sodium capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>docusate sodium capsule 250 mg oral (otc) 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>docusate sodium liquid 50 mg/5ml oral 50 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
DOCUSOL MINI ENEMA 283 MG/5ML RECTAL 283 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
DOK CAPSULE 100 MG ORAL 100 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>enema enema 7-19 gm/118ml rectal 7-19 gm/118ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>enema ready-to-use enema 7-19 gm/118ml rectal 7-19 gm/118ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
ENEMEEZ MINI ENEMA 283 MG/5ML RECTAL 283 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
ENEMEEZ PLUS ENEMA 20-283 MG RECTAL 20-283 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>epsom salt granules oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>fiber laxative tablet 625 mg oral 625 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>fiber tablet 625 mg oral 625 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>fiber-lax tablet 625 mg oral 625 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
FLEET ENEMA ENEMA 7-19 GM/118ML RECTAL 7-19 GM/118ML	\$0, Nivel 3	DP
FLEET ENEMA ENEMA RECTAL	\$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 suppository 10 mg rectal 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>glycerin (adult) suppository 2 gm rectal 2 gm</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>glycerin (infants & children) suppository 1 gm rectal 1 gm</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>glycerin (pediatric) suppository 1 gm rectal 1 gm</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>glycerin adult suppository 2 gm rectal 2 gm</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>glycerin childrens suppository 1 gm rectal 1 gm</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp enema enema rectal</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp glycerin (adult) suppository 2.1 gm rectal 2.1 gm</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp glycerin child suppository 1.2 gm rectal 1.2 gm</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gnp milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral 1200 mg/15ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp natural fiber capsule 0.52 gm oral 0.52 gm</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp natural fiber powder 28.3 % oral 28.3 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp senna lax tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp stool softener capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp stool softener capsule 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp stool softener/laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp womens gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0, Nivel 2	
<i>goodsense epsom salt granules oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm enema enema 7-19 gm/118ml rectal 7-19 gm/118ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral 1200 mg/15ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm senna tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm stool softener capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm stool softener/laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 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 tablet 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral 1200 mg/15ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>milk of magnesia suspension 2400 mg/30ml oral 2400 mg/30ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>milk of magnesia suspension 400 mg/5ml oral 400 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>milk of magnesia suspension 7.75 % oral 7.75 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
NULYTELY LEMON-LIME ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	\$0, Nivel 2	
PEDIA-LAX LIQUID 50 MG/15ML ORAL 50 MG/15ML	\$0, Nivel 3	DP
PEDIA-LAX SUPPOSITORY 1 GM RECTAL 1 GM	\$0, Nivel 3	DP
<i>peg 3350 packet 17 gm oral 17 gm</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>peg 3350 powder 17 gm/scoop oral 17 gm/scoop</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	\$0, Nivel 1	
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0, Nivel 2	
<i>qc enema enema 16-6 gm/133ml rectal 16-6 gm/133ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc epsom salt granules oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc fiber laxative capsule 0.52 gm oral 0.52 gm</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc gentle laxative suppository 10 mg rectal 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc milk of magnesia suspension 400 mg/5ml oral 400 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc natural vegetable laxative tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc natural vegetable powder 95 % oral 95 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc stool softener capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc stool softener pls laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
SENEXON-S TABLET 8.6-50 MG ORAL 8.6-50 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>senna capsule 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>senna laxative tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>senna liquid 8.8 mg/5ml oral 8.8 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>senna plus tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>senna s tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>senna syrup 8.8 mg/5ml oral (otc) 8.8 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>senna tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>senna-lax tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>senna-s tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>senna-tabs tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>senna-time s tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>senna-time tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
SENNO TABLET 8.6 MG ORAL 8.6 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>silace liquid 150 mg/15ml oral 150 mg/15ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>silace syrup 60 mg/15ml oral 60 mg/15ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm enema enema 7-19 gm/118ml rectal 7-19 gm/118ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm fiber powder 28.3 % oral 28.3 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm fiber powder 48.57 % oral 48.57 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm fiber powder 58.6 % oral 58.6 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm fiber tablet 625 mg oral 625 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral 1200 mg/15ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm senna laxative tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm senna-s tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm stool softener capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm stool softener/laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>stimulant laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>stool softener capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>stool softener laxative capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>stool softener laxative capsule 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>stool softener plus laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	\$0, Nivel 2	
<i>vegetable lax+stool softener tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>womens laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
GENITOURINARIO		
Antiespasmódicos Urinarios		
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	\$0, Nivel 2	QL (300 per 28 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nivel 1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nivel 1	ST; QL (60 per 30 days)
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4 MG, 8 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
Antiinfecciosos Vaginales		
<i>3 day vaginal cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>clotrimazole 3 cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>clotrimazole cream 1 % vaginal 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp clotrimazole 3 cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp miconazole 3 kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp miconazole 7 cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>miconazole 3 applicator kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>miconazole 3 combo-suppl kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>miconazole 7 cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>miconazole 7 suppository 100 mg vaginal 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>miconazole nitrate cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc miconazole 7 cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm 3-day vaginal cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm clotrimazole vaginal cream 1 % vaginal 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm miconazole 3 applicator kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm miconazole 3 kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm miconazole 7 cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm miconazole 7 suppository 100 mg vaginal 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	
VANDAZOLE VAGINAL GEL 0.75 %	\$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 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	\$0, Nivel 2	QL (74 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nivel 2	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 25000-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/500ml-%</i>	\$0, Nivel 2	
<i>heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml, 25000-5 ut/500ml-%, 40-5 unit/ml-%</i>	\$0, Nivel 1	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	\$0, Nivel 1	
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	\$0, Nivel 2	QL (51 per 30 days)
Diversos		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nivel 1	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (24 per 30 days); NDS
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0, Nivel 2	
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (20 per 30 days); NDS
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (27 per 30 days); NDS
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (360 per 30 days); NDS
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/3ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (27 per 30 days); NDS
<i>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Factores De Crecimiento Hematopoyéticos		
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
Hierro		
<i>active fe tablet 75-1.25 mg oral 75-1.25 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
CHROMAGEN CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
CORVITA 150 TABLET 150-1.25 MG ORAL 150-1.25 MG	\$0, Nivel 3	DP
CORVITE 150 TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
<i>corvite fe tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
FERAHEME SOLUTION 510 MG/17ML INTRAVENOUS 510 MG/17ML	\$0, Nivel 3	DP
FERATE TABLET 240 (27 FE) MG ORAL 240 (27 FE) MG	\$0, Nivel 3	DP
FERIVA 21/7 TABLET 75-1 MG ORAL 75-1 MG	\$0, Nivel 3	DP
FERIVAFA CAPSULE 110-1 MG ORAL 110-1 MG	\$0, Nivel 3	DP
FEROSUL ELIXIR 220 (44 FE) MG/5ML ORAL 220 (44 FE) MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
FERRALET 90 TABLET 90-1 MG ORAL 90-1 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>ferraplus 90 tablet 90-1 mg oral 90-1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ferretts tablet 325 (106 fe) mg oral 325 (106 fe) mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
FERRLECIT SOLUTION 12.5 MG/ML INTRAVENOUS 12.5 MG/ML	\$0, Nivel 3	DP
<i>ferrous fumarate tablet 324 (106 fe) mg oral 324 (106 fe) mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ferrous gluconate tablet 324 (37.5 fe) mg oral 324 (37.5 fe) mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ferrous gluconate tablet 324 (38 fe) mg oral 324 (38 fe) mg</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ferrous sulfate elixir 220 (44 fe) mg/5ml oral 220 (44 fe) mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ferrous sulfate tablet delayed release 324 (65 fe) mg oral 324 (65 fe) mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ferrous sulfate tablet delayed release 325 (65 fe) mg oral 325 (65 fe) mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
FOLITAB 500 TABLET EXTENDED RELEASE 105-500-0.8 MG ORAL 105-500-0.8 MG	\$0, Nivel 3	DP
FOLIVANE-F CAPSULE 125-1 MG ORAL 125-1 MG	\$0, Nivel 3	DP
FOLIVANE-PLUS CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
FUSION CAPSULE 65-65-25-30 MG ORAL 65-65-25-30 MG	\$0, Nivel 3	DP
FUSION PLUS CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp iron tablet extended release 142 (45 fe) mg oral 142 (45 fe) mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
HEMATOGEN CAPSULE ORAL (RX)	\$0, Nivel 3	DP
HEMATOGEN FA CAPSULE 200-250-0.01-1 MG ORAL 200-250-0.01-1 MG	\$0, Nivel 3	DP
HEMATOGEN FORTE CAPSULE 460-60-0.01-1 MG ORAL (RX) 460-60-0.01-1 MG	\$0, Nivel 3	DP
HEMOCYTE PLUS CAPSULE 106-1 MG ORAL 106-1 MG	\$0, Nivel 3	DP
HEMOCYTE-F TABLET 324-1 MG ORAL 324-1 MG	\$0, Nivel 3	DP
IFEREX 150 CAPSULE 150 MG ORAL 150 MG	\$0, Nivel 3	DP
INFED SOLUTION 50 MG/ML INJECTION 50 MG/ML	\$0, Nivel 3	DP
INJECTAFER SOLUTION 750 MG/15ML INTRAVENOUS 750 MG/15ML	\$0, Nivel 3	DP
INTEGRA CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG ORAL 62.5-62.5-40-3 MG	\$0, Nivel 3	DP
INTEGRA F CAPSULE 125-1 MG ORAL 125-1 MG	\$0, Nivel 3	DP
INTEGRA PLUS CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
<i>iron chews pediatric tablet chewable 15 mg oral 15 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>iron tablet 240 (27 fe) mg oral 240 (27 fe) mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>kp ferrous sulfate tablet 325 (65 fe) mg oral 325 (65 fe) mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>na ferric gluc cplx in sucrose solution 12.5 mg/ml intravenous 12.5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
NEPHRON FA TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
NIFEREX TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
NOVAFERRUM 50 CAPSULE 50 MG ORAL 50 MG	\$0, Nivel 3	DP
NOVAFERRUM LIQUID 125 MG/5ML ORAL 125 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS LIQUID 15 MG/ML ORAL 15 MG/ML	\$0, Nivel 3	DP
NUFERA TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
NU-IRON CAPSULE 150 MG ORAL 150 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>purevit dualfe plus capsule 162-115.2-1 mg oral 162-115.2-1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>se-tan plus capsule 162-115.2-1 mg oral 162-115.2-1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>slow release iron tablet extended release 47.5 mg oral 47.5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm iron slow release tablet extended release 160 (50 fe) mg oral 160 (50 fe) mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tl-hem 150 tablet 150-1 mg oral 150-1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
TRICON CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
TRIFERIC PACKET 272 MG HEMODIALYSIS 272 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>trigels-f forte capsule 460-60-0.01-1 mg oral 460-60-0.01-1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
VENOFER SOLUTION 20 MG/ML INTRAVENOUS 20 MG/ML	\$0, Nivel 3	DP
<i>wee care suspension 15 mg/1.25ml oral 15 mg/1.25ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
Inhibidores De Agregación Plaquetaria		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	\$0, Nivel 1	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0, Nivel 2	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
OFTÁLMICOS		
Antialérgicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>bepotastine besilate ophthalmic solution 1.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %	\$0, Nivel 2	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0, Nivel 1	
LASTACFT OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0, Nivel 2	
NAPHCON-A SOLUTION 0.025-0.3 % OPHTHALMIC 0.025-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0, Nivel 2	
Antiglaucoma		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	\$0, Nivel 2	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0, Nivel 2	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nivel 1	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	\$0, Nivel 2	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	\$0, Nivel 2	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0, Nivel 1	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	\$0, Nivel 2	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0, Nivel 2	
<i>timolol maleate (once-daily) ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
<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	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %	\$0, Nivel 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	\$0, Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	\$0, Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0, Nivel 1	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0, Nivel 2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 %	\$0, Nivel 2	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$0, Nivel 2	
Antiinfectivos		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0, Nivel 1	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	\$0, Nivel 2	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0, Nivel 2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0, Nivel 1	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0, Nivel 2	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	\$0, Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nivel 1	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	\$0, Nivel 2	
Antiinflamatorios		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %	\$0, Nivel 2	
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	\$0, Nivel 1	
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	\$0, Nivel 2	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nivel 2	
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	\$0, Nivel 2	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0, Nivel 1	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	\$0, Nivel 2	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0, Nivel 2	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nivel 2	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	\$0, Nivel 2	
Diversos		
<i>artificial tears solution 1.4 % ophthalmic 1.4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nivel 2	
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
GENTEAL TEARS MODERATE PF SOLUTION 0.1-0.3 % OPHTHALMIC 0.1-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
GENTEAL TEARS SOLUTION 0.1-0.2-0.3 % OPHTHALMIC 0.1-0.2-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
GENTEAL TEARS SOLUTION 0.1-0.3 % OPHTHALMIC 0.1-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp artificial tears solution 5-6 mg/ml ophthalmic 5-6 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp lubricating plus eye drops solution 0.5 % ophthalmic 0.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
GONAK SOLUTION 2.5 % OPHTHALMIC 2.5 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense lubricating eye drop solution 0.5 % ophthalmic 0.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm dry eye relief solution 0.2-0.2-1 % ophthalmic 0.2-0.2-1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm lubricating plus solution 0.5 % ophthalmic 0.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm lubricating tears solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
ISOPTO ATROPINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	\$0, Nivel 2	
ISOPTO TEARS SOLUTION 0.5 % OPHTHALMIC 0.5 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>lubricant eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>lubricating eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>lubricating plus eye drops solution 0.5 % ophthalmic 0.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
MURO 128 OINTMENT 5 % OPHTHALMIC 5 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
REFRESH CELLUVISC GEL 1 % OPHTHALMIC 1 %	\$0, Nivel 3	DP
REFRESH LIQUIGEL GEL 1 % OPHTHALMIC 1 %	\$0, Nivel 3	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC 0.5-1-0.5 %	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
REFRESH OPTIVE ADVANCED SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC 0.5-1-0.5 %	\$0, Nivel 3	DP
REFRESH OPTIVE GEL 1-0.9 % OPHTHALMIC 1-0.9 %	\$0, Nivel 3	DP
REFRESH OPTIVE MEGA-3 SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC 0.5-1-0.5 %	\$0, Nivel 3	DP
REFRESH OPTIVE PF SOLUTION 0.5-0.9 % OPHTHALMIC 0.5-0.9 %	\$0, Nivel 3	DP
REFRESH OPTIVE SOLUTION 0.5-0.9 % OPHTHALMIC 0.5-0.9 %	\$0, Nivel 3	DP
REFRESH PLUS SOLUTION 0.5 % OPHTHALMIC 0.5 %	\$0, Nivel 3	DP
REFRESH RELIEVA SOLUTION 0.5-0.9 % OPHTHALMIC 0.5-0.9 %	\$0, Nivel 3	DP
REFRESH SOLUTION 1.4-0.6 % OPHTHALMIC 1.4-0.6 %	\$0, Nivel 3	DP
REFRESH TEARS SOLUTION 0.5 % OPHTHALMIC 0.5 %	\$0, Nivel 3	DP
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nivel 2	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nivel 2	
<i>sm lubricant eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm lubricating plus solution 0.5 % ophthalmic 0.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm lubricating tears solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ointment 5 % ophthalmic 5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) solution 5 % ophthalmic 5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
SYSTANE BALANCE SOLUTION 0.6 % OPHTHALMIC 0.6 %	\$0, Nivel 3	DP
SYSTANE COMPLETE SOLUTION 0.6 % OPHTHALMIC 0.6 %	\$0, Nivel 3	DP
SYSTANE GEL 0.4-0.3 % OPHTHALMIC 0.4-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
SYSTANE OVERNIGHT THERAPY GEL 0.3 % OPHTHALMIC 0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
SYSTANE PRESERVATIVE FREE SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC 0.4-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
SYSTANE SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC 0.4-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
SYSTANE ULTRA PF SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC 0.4-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SYSTANE ULTRA SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC 0.4-0.3 %	\$0, Nivel 3	DP
THERATEARS GEL 1 % OPHTHALMIC 1 %	\$0, Nivel 3	DP
THERATEARS PF SOLUTION 0.25 % OPHTHALMIC 0.25 %	\$0, Nivel 3	DP
THERATEARS SOLUTION 0.25 % OPHTHALMIC 0.25 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>ultra lubricating eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
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 acetone 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 (25.8 per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	\$0, Nivel 1	
Antihistamínicos		
<i>24hr allergy relief tablet 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>all-day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>aller-chlor tablet 4 mg oral 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>aller-ease tablet 60 mg oral 60 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>allergy 24-hr tablet 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>allergy childrens liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>allergy childrens syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>allergy rel child (loratadine) solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>allergy relief capsule 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>allergy relief childrens liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>allergy relief childrens solution 1 mg/ml oral 1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>allergy relief tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>allergy relief tablet 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>allergy relief tablet 4 mg oral 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>allergy relief tablet 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>allergy tablet 4 mg oral 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>allergy-time tablet 4 mg oral 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %</i>	\$0, Nivel 1	
BANOPHEN CAPSULE 25 MG ORAL 25 MG	\$0, Nivel 3	DP
BANOPHEN CAPSULE 50 MG ORAL 50 MG	\$0, Nivel 3	DP
BANOPHEN TABLET 25 MG ORAL 25 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>cetirizine hcl allergy child solution 5 mg/5ml oral (otc) 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>cetirizine hcl childrens alrgy solution 1 mg/ml oral 1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>cetirizine hcl childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>cetirizine hcl childrens tablet chewable 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>cetirizine hcl childrens tablet chewable 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>cetirizine hcl hives relief solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cetirizine hcl tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>cetirizine hcl tablet 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>cetirizine hcl tablet chewable 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>cetirizine hcl tablet chewable 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>childrens loratadine solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>childrens loratadine syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>complete allergy medicine capsule 25 mg oral 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>diphenhist capsule 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>diphenhydramine hcl capsule 25 mg oral (otc) 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>diphenhydramine hcl capsule 50 mg oral (otc) 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>diphenhydramine hcl childrens liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>diphenhydramine hcl liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>diphenhydramine hcl tablet 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ed chlorped jr syrup 2 mg/5ml oral 2 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>fexofenadine hcl tablet 180 mg oral (otc) 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>fexofenadine hcl tablet 60 mg oral (otc) 60 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp all day allergy childrens solution 1 mg/ml oral 1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp allergy antihistamine liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp allergy relief capsule 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp allergy relief tablet 4 mg oral 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp allergy tablet 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp childrens allergy liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp loratadine childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp loratadine syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp loratadine tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp loratadine tablet dispersible 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense all day allergy solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense aller-ease tablet 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense allergy relief tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm all day allergy solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm allergy relief capsule 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm allergy relief childrens liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm allergy relief tablet 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm allergy relief tablet 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm allergy relief tablet 4 mg oral 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm cetirizine hcl childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm cetirizine hcl tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hm fexofenadine hcl tablet 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm fexofenadine hcl tablet 60 mg oral 60 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm loratadine childrens syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm loratadine tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>liquid allergy relief liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>loratadine childrens syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>loratadine childrens tablet chewable 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>loratadine syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>loratadine tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>m-dryl liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>pharbedryl capsule 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>pharbedryl capsule 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc childrens allergy solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc fexofenadine hydrochloride tablet 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc loratadine allergy relief tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>siladryl allergy liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm allergy childrens syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm allergy relief capsule 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm allergy relief liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm allergy relief tablet 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm childrens loratadine syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm fexofenadine hcl tablet 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm loratadine allergy relief tablet dispersible 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm loratadine syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm loratadine tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Beta Agonistas		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	\$0, Nivel 1	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	\$0, Nivel 1	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	\$0, Nivel 1	QL (36 per 30 days)
<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	QL (30 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION 108 (90 BASE) MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (36 per 30 days)
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION 108 (90 BASE) MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (48 per 30 days)
Combinaciones De Anticolinérgicos/Beta Agonistas		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/INH	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (10.7 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION 160-9-4.8 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (10.7 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION 160-9-4.8 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (23.6 per 28 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/INH, 200-62.5-25 MCG/INH	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Combinaciones De Esteroides/Beta Agonistas		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (12 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (10.2 per 30 days)
Diversos		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0, Nivel 1	B/D
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>cromolyn sodium aerosol solution 5.2 mg/act nasal 5.2 mg/act</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG	\$0, Nivel 2	
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0, Nivel 1	
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (270 per 30 days); NDS
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (270 per 30 days); NDS
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (112 per 28 days); NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (56 per 28 days); NDS
SYMJEPI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.15 MG/0.3ML, 0.3 MG/0.3ML	\$0, Nivel 2	
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0, Nivel 2	
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	\$0, Nivel 1	
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (84 per 28 days); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
Esteroides Nasales		
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	\$0, Nivel 1	QL (75 per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	\$0, Nivel 1	QL (16 per 30 days)
Inhalantes Esteroides		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 250 MCG/BLIST	\$0, Nivel 2	QL (240 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/BLIST	\$0, Nivel 2	QL (180 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (24 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (21.2 per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (2 per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (3 per 30 days)
Moduladores De Leucotrieno		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Tos Y Resfriado		
<i>12 hour decongestant tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>12 hour nasal decongestant solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>12 hour nasal decongestant tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>12 hour nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>all day allergy d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>allergy relief d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>allergy relief d-12 tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>allergy relief d-24 tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>allergy relief/nasal decongest tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>allergy relief-d tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>allergy/congestion relief tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
BENZEDREX INHALER NASAL	\$0, Nivel 3	DP
<i>benzonatate capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>benzonatate capsule 150 mg oral 150 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>benzonatate capsule 200 mg oral 200 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>capcof syrup 5-2-10 mg/5ml oral 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>cetirizine-pseudoephedrine er tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>chest congestion relief dm syrup 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>chest congestion relief syrup 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>childrens silfedrine liquid 15 mg/5ml oral 15 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>coditussin ac liquid 200-10 mg/5ml oral 200-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>coditussin dac liquid 30-10-200 mg/5ml oral 30-10-200 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>cough dm childrens suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>cough/chest congestion dm syrup 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>cvs cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
DELSYM COUGH CHILDRENS SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML ORAL 30 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
DELSYM SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML ORAL 30 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
<i>dextromethorphan polistirex er suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin liquid 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin liquid 20-200 mg/10ml oral 20-200 mg/10ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>diabetic siltussin-dm max st liquid 10-200 mg/5ml oral 10-200 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
DIABETIC TUSSIN DM LIQUID 100-10 MG/5ML ORAL 100-10 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
DIABETIC TUSSIN LIQUID 100 MG/5ML ORAL 100 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
DIABETIC TUSSIN MAX ST LIQUID 10-200 MG/5ML ORAL 10-200 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
<i>eq cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp allergy & congestion tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp allergy/congestion relief tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp cough dm er suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp nasal decongestant pe tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp nasal decongestant tablet 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gnp nasal spray extra moist solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp nasal spray fast acting solution 1 % nasal 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp no drip nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp nose drops extra strength solution 1 % nasal 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp suphedrin liquid 15 mg/5ml oral 15 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp tussin cf cough & cold syrup 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp tussin cough long acting syrup 15 mg/5ml oral 15 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp tussin dm cough liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp tussin dm liquid 20-200 mg/10ml oral 20-200 mg/10ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp tussin mucus & chest cong liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense cough dm childrens suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>guaiaitussin ac syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>guaifenesin liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>guaifenesin solution 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>guaifenesin solution 200 mg/10ml oral 200 mg/10ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>guaifenesin solution 300 mg/15ml oral 300 mg/15ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>guaifenesin tablet 200 mg oral (otc) 200 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>guaifenesin-codeine solution 100-10 mg/5ml oral (otc) 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>guaifenesin-dm syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
HISTEX-AC SYRUP 10-2.5-10 MG/5ML ORAL 10-2.5-10 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm allergy & congestion tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm allergy complete-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hm allergy relief/nasal decong tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm nasal decongestant 12 hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm nasal decongestant pe tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm nasal decongestant tablet 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm nose drops solution 1 % nasal 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm sinus nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm tussin adult dm liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm tussin adult liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
HYCODAN SYRUP 5-1.5 MG/5ML ORAL 5-1.5 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
<i>hydrocod polst-cpm polst er suspension extended release 10-8 mg/5ml oral 10-8 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hydrocodone-homatropine syrup 5-1.5 mg/5ml oral 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hydrocodone-homatropine tablet 5-1.5 mg oral 5-1.5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hydromet syrup 5-1.5 mg/5ml oral 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>lohist-dm syrup 5-2-10 mg/5ml oral 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>loratadine-d 12hr tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>loratadine-d 24hr tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
MAR-COF CG EXPECTORANT LIQUID 225-7.5 MG/5ML ORAL 225-7.5 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
<i>maxi-tuss ac solution 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>maxi-tuss cd liquid 10-4-10 mg/5ml oral 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>maxi-tuss g liquid 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>maxi-tuss gmx liquid 10-200 mg/5ml oral 10-200 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>m-clear wc solution 100-6.3 mg/5ml oral 100-6.3 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE SOLUTION 0.05 % NASAL 0.05 %	\$0, Nivel 3	DP
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS LIQUID 400 MG/20ML ORAL 400 MG/20ML	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL SOLUTION 0.05 % NASAL 0.05 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>mucus & chest congestion liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>mucus relief chest congestion tablet 200 mg oral 200 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>nasal decongestant max st tablet 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>nasal decongestant pe tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>nasal decongestant spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>nasal decongestant tablet 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>nasal four solution 1 % nasal 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>nasal relief solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>nasal spray 12 hour solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>nasal spray extra moisturizing solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
NINJACOF-XG LIQUID 200-8 MG/5ML ORAL 200-8 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
<i>no drip nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>poly-tussin ac liquid 10-4-10 mg/5ml oral 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>promethazine-codeine solution 6.25-10 mg/5ml oral 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>promethazine-codeine syrup 6.25-10 mg/5ml oral 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml oral 6.25-15 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>promethazine-phenyleph-codeine syrup 6.25-5-10 mg/5ml oral 6.25-5-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>pseudoeph-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml oral (rx) 30-2-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>pseudoephedrine hcl er tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>pseudoephedrine hcl tablet 30 mg oral (otc) 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>pseudoephedrine hcl tablet 60 mg oral (otc) 60 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc loratadine-d tablet extended release 24 hour 10- 240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc suphedrine maximum strength tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc tussin dm cough/congestion liquid 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>qc tussin mucus/congestion liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>robafen cf multi-symptom cold liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
ROBAFEN DM CGH/CHEST CONGEST LIQUID 10-100 MG/5ML ORAL 10-100 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
ROBAFEN DM COUGH LIQUID 10-100 MG/5ML ORAL 10-100 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
ROBAFEN MUCUS/CHEST CONGESTION LIQUID 200 MG/10ML ORAL 200 MG/10ML	\$0, Nivel 3	DP
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML ORAL 30 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
<i>rynex pse liquid 1-15 mg/5ml oral 1-15 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sb allergy relief/nasal decong tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>silphen dm cough syrup 10 mg/5ml oral 10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>siltussin das liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>siltussin dm das liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>siltussin sa syrup 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>siltussin-dm alcohol free syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sinus 12 hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sinus nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sinus relief extra strength solution 1 % nasal 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm cough dm childrens suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm lorata-dine d tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm nasal decongestant max st tablet 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm nasal decongestant pe tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm nasal spray 12 hour solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm nasal spray moisturizing solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm nasal spray sinus solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm nose drops nasal decongest solution 1 % nasal 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm tussin cough/chest congest syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm tussin dm syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm tussin mucus+chest congest liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sodium chloride nebulization solution 7 % inhalation 7 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sudogest 12 hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH TABLET 30 MG ORAL 30 MG	\$0, Nivel 3	DP
SUDOGEST TABLET 30 MG ORAL 30 MG	\$0, Nivel 3	DP
SUDOGEST TABLET 60 MG ORAL 60 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>suphedrine 12hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
TESSALON PERLES CAPSULE 100 MG ORAL 100 MG	\$0, Nivel 3	DP
TUSNEL C SYRUP 30-10-100 MG/5ML ORAL 30-10-100 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
<i>tusnel diabetic liquid 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
TUSNEL-EX LIQUID 100 MG/5ML ORAL 100 MG/5ML	\$0, Nivel 3	DP
TUSSICAPS CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 10-8 MG ORAL 10-8 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tussin cf multi-symptom cold liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tussin cough syrup 15 mg/5ml oral 15 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tussin dm cough + chest liquid 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tussin dm liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tussin dm liquid 20-200 mg/10ml oral 20-200 mg/10ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tussin dm max liquid 10-200 mg/5ml oral 10-200 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tussin dm syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tussin mucus & chest congest liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>tussin mucus+chest congestion liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tussin mucus+chest congestion syrup 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tussin multi-symptom cold cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>virtussin a/c solution 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>virtussin ac w/alcl liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>virtussin dac solution 30-10-100 mg/5ml oral 30-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
Agentes Antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<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	
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (150 per 30 days); NDS
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	\$0, Nivel 2	
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>rasagiline mesylate oral tablet 1 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<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	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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		
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (14 per 28 days); NDS
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (28 per 28 days); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (12 per 28 days); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (12 per 28 days); NDS
Agentes Para Terapia Musculoesquelética		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (120 per 30 days)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nivel 1	
VANADOM ORAL TABLET 350 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (120 per 30 days)
Ansiolíticos		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (150 per 30 days)
<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 per 30 days)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (150 per 30 days)
Anticonvulsivantes		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days); NDS
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	\$0, Nivel 2	PA
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (600 per 30 days); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0, Nivel 1	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	\$0, Nivel 2	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (360 per 30 days); NDS
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (360 per 30 days); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (240 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG	\$0, Nivel 2	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 30 MG	\$0, Nivel 2	
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML	\$0, Nivel 2	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (600 per 30 days); NDS
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	\$0, Nivel 2	
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0, Nivel 1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (360 per 30 days); NDS
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (720 per 30 days); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>gabapentin oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (1080 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nivel 1	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0, Nivel 2	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	PA
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0, Nivel 2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 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 (2300 per 28 days); NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (480 per 30 days); NDS
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (240 per 30 days); NDS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	\$0, Nivel 2	QL (90 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	\$0, Nivel 2	QL (360 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	\$0, Nivel 2	QL (180 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG	\$0, Nivel 2	QL (120 per 30 days)
SUBVENITE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG	\$0, Nivel 1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	\$0, Nivel 2	
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	\$0, Nivel 2	
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	\$0, Nivel 2	
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	\$0, Nivel 2	
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	\$0, Nivel 2	NDS
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nivel 2	QL (1200 per 30 days); NDS
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days); NDS
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nivel 2	QL (120 per 30 days)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	\$0, Nivel 2	QL (56 per 28 days); NDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	\$0, Nivel 2	QL (56 per 28 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nivel 2	QL (90 per 30 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	\$0, Nivel 2	QL (28 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG	\$0, Nivel 2	QL (28 per 28 days); NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
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 per 30 days)
<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 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	PA
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	\$0, Nivel 2	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0, Nivel 2	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
Antidepresivos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nivel 2	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (30 per 30 days)
<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 per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	\$0, Nivel 2	PA
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 2	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nivel 2	QL (180 per 30 days)
<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	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0, Nivel 2	
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (900 per 30 days)
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>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 per 30 days)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg</i>	\$0, Nivel 2	QL (240 per 30 days)
<i>trimipramine maleate oral capsule 50 mg</i>	\$0, Nivel 2	QL (120 per 30 days)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
TRINTELLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
TRINTELLIX ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nivel 2	QL (120 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nivel 1	
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG	\$0, Nivel 2	
Antipsicóticos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	\$0, Nivel 2	QL (1 per 28 days); NDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	\$0, Nivel 2	QL (1 per 28 days); NDS
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	QL (900 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
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 (3.9 per 56 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML	\$0, Nivel 2	QL (1.6 per 28 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML	\$0, Nivel 2	QL (2.4 per 28 days); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML	\$0, Nivel 2	QL (3.2 per 28 days); NDS
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
<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 2	
<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 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (135 per 30 days)
<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 per 30 days)
<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 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (135 per 30 days); NDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	\$0, Nivel 2	PA
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	\$0, Nivel 1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	\$0, Nivel 2	QL (0.75 per 28 days); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	\$0, Nivel 2	QL (1 per 28 days); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	\$0, Nivel 2	QL (1.5 per 28 days); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	\$0, Nivel 2	QL (0.25 per 28 days)

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	\$0, Nivel 2	QL (0.5 per 28 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.875ML	\$0, Nivel 2	QL (0.875 per 90 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.315ML	\$0, Nivel 2	QL (1.315 per 90 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML	\$0, Nivel 2	QL (1.75 per 90 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.625ML	\$0, Nivel 2	QL (2.625 per 90 days); NDS
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (3 per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nivel 1	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	\$0, Nivel 2	QL (1 per 30 days); NDS
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG	\$0, Nivel 2	QL (2 per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 37.5 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	QL (2 per 28 days); NDS
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	QL (240 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
<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 per 30 days); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	\$0, Nivel 2	QL (60 per 30 days); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	\$0, Nivel 2	
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (6 per 3 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (2 per 28 days); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (1 per 28 days); NDS
Desorden Hiperactivo Y Déficit De Atención		
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (30 per 30 days)
<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 per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
METADATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MG	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (1800 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
Diversos		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (28 per 28 days); NDS
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	\$0, Nivel 2	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 330 mg, 82.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (60 per 30 days)
<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 per 30 days); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
Hipnóticos		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days)

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (30 per 30 days)
Migraña		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; QL (1 per 30 days)
<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 per 30 days); NDS
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (40 per 28 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	\$0, Nivel 1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	\$0, Nivel 1	QL (24 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	\$0, Nivel 1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	\$0, Nivel 1	QL (6 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	\$0, Nivel 1	QL (6 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	\$0, Nivel 1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	\$0, Nivel 1	QL (6 per 30 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (16 per 30 days); NDS
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (12 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (12 per 30 days)
Narcolepsia/Cataplexia		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (540 per 30 days); NDS
Psicoterapéutico, Varios		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	\$0, Nivel 1	
ADIPEX-P CAPSULE 37.5 MG ORAL 37.5 MG	\$0, Nivel 3	DP
ADIPEX-P TABLET 37.5 MG ORAL 37.5 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>benzphetamine hcl tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	\$0, Nivel 1	
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET 1 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (56 per 28 days)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (56 per 28 days)
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42	\$0, Nivel 2	PA; QL (106 per 365 days)
<i>diethylpropion hcl er tablet extended release 24 hour 75 mg oral 75 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>diethylpropion hcl tablet 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>gnp nicotine mini lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal 14 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal 21 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal 7 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense nicotine gum 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense nicotine gum 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense nicotine lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>goodsense nicotine lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal 14 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal 21 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal 7 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hm nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
LOMAIRA TABLET 8 MG ORAL 8 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML	\$0, Nivel 2	
NICODERM CQ PATCH 24 HOUR 14 MG/24HR TRANSDERMAL 14 MG/24HR	\$0, Nivel 3	DP
<i>nicotine kit 21-14-7 mg/24hr transdermal 21-14-7 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>nicotine mini lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>nicotine mini lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal (otc) 14 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal (otc) 21 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal (otc) 7 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>nicotine step 1 patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal 21 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>nicotine step 2 patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal 14 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>nicotine step 3 patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal 7 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	DP
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0, Nivel 2	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nivel 2	
<i>phendimetrazine tartrate er capsule extended release 24 hour 105 mg oral 105 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>phendimetrazine tartrate tablet 35 mg oral 35 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>phentermine hcl capsule 15 mg oral 15 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>phentermine hcl capsule 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>phentermine hcl capsule 37.5 mg oral 37.5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>phentermine hcl tablet 37.5 mg oral 37.5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11.25-69 MG ORAL 11.25-69 MG	\$0, Nivel 3	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15-92 MG ORAL 15-92 MG	\$0, Nivel 3	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 3.75-23 MG ORAL 3.75-23 MG	\$0, Nivel 3	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7.5-46 MG ORAL 7.5-46 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm nicotine gum 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm nicotine lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal 14 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal 21 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (56 per 28 days)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0, Nivel 2	NDS
SUPLEMENTOS NUTRICIONALES		
Diversos		
<i>co q10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>co q-10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>co q10 capsule 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>co q-10 capsule 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>coenzyme q10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>coenzyme q-10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>co-enzyme q10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>co-enzyme q-10 capsule 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>coq10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>coq-10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>coq10 capsule 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>coq-10 capsule 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>coq-10 capsule extended release 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>eq1 coq10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp co q10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gnp melatonin maximum strength tablet 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp melatonin tablet 3 mg oral 3 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
H2Q CAPSULE 100 MG ORAL 100 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm coq10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>melatonin liquid 1 mg/4ml oral 1 mg/4ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>melatonin tablet 1 mg oral 1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>melatonin tablet 3 mg oral 3 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
Q-SORB CAPSULE 30 MG ORAL 30 MG	\$0, Nivel 3	DP
Q-SORB CO Q-10 CAPSULE 100 MG ORAL 100 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>ra coenzyme q-10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm coenzyme q-10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>yl coenzyme q10 capsule 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
Electrolitos/Minerales, Inyectables		
<i>dextrose 5%/electrolyte #48 intravenous solution</i>	\$0, Nivel 2	
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %</i>	\$0, Nivel 2	
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %</i>	\$0, Nivel 1	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nivel 2	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nivel 2	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nivel 2	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%, 20-5-0.2 meq/l-%, 20-5-0.45 meq/l-%, 20-5-0.9 meq/l-%, 30-5-0.45 meq/l-%, 40-5-0.45 meq/l-%</i>	\$0, Nivel 1	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 40-5-0.9 meq/l-%</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	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nivel 2	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nivel 2	
<i>potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%</i>	\$0, Nivel 1	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 40-0.9 meq/l-%</i>	\$0, Nivel 2	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous 20-0.45 meq/l-%</i>	\$0, Nivel 1	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous 20-0.45 meq/l-%</i>	\$0, Nivel 2	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/50ml, 20 meq/50ml</i>	\$0, Nivel 2	
<i>sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	\$0, Nivel 1	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	\$0, Nivel 2	B/D
Electrolitos/Minerales/Vitaminas Orales		
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0, Nivel 1	
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0, Nivel 1	
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	\$0, Nivel 1	
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	\$0, Nivel 1	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	\$0, Nivel 1	
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	\$0, Nivel 1	
<i>m-natal plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	\$0, Nivel 1	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	\$0, Nivel 1	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0, Nivel 1	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	\$0, Nivel 1	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	\$0, Nivel 1	
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TRICARE ORAL TABLET	\$0, Nivel 2	
Electrolitos		
<i>gnp electrolyte solution solution oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
ORALYTE FREEZER POPS SOLUTION ORAL	\$0, Nivel 3	DP
ORALYTE SOLUTION ORAL	\$0, Nivel 3	DP
<i>ped electrolyte freezer pops solution oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
Minerales		
CALCI-CHEW TABLET CHEWABLE 1250 (500 CA) MG ORAL 1250 (500 CA) MG	\$0, Nivel 3	DP
CALCITRATE TABLET 315-250 MG-UNIT ORAL 315-250 MG-UNIT	\$0, Nivel 3	DP
CALCITRATE TABLET 950 (200 CA) MG ORAL 950 (200 CA) MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>calcium 500 + d tablet 500-125 mg-unit oral 500-125 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>calcium 500/d tablet 500-200 mg-unit oral 500-200 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>calcium 500/d tablet chewable 500-400 mg-unit oral 500-400 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>calcium 500/vitamin d tablet 500-125 mg-unit oral 500-125 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>calcium 600 tablet 1500 (600 ca) mg oral 1500 (600 ca) mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>calcium 600 tablet 600 mg oral 600 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>calcium 600+d tablet 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>calcium 600-d tablet 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol tablet 250-125 mg-unit oral 250-125 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol tablet 600-200 mg-unit oral 600-200 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol tablet 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>calcium carbonate antacid suspension 1250 mg/5ml oral 1250 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>calcium carbonate powder (otc)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>calcium carbonate tablet 1500 (600 ca) mg oral 1500 (600 ca) mg</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>calcium high potency tablet 1500 (600 ca) mg oral 1500 (600 ca) mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>calcium high potency/vitamin d tablet 600-200 mg-unit oral 600-200 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>calcium tablet chewable 500-100 mg-unit oral 500-100 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>calcium-folic acid plus d wafer 1342-1 mg oral 1342-1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>calcium-vitamin d3 tablet 250-125 mg-unit oral 250-125 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>citrus calcium +d tablet 315-250 mg-unit oral 315-250 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>citrus calcium/vitamin d tablet 200-250 mg-unit oral 200-250 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp calcium 500 +d3 tablet 500-600 mg-unit oral 500-600 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp calcium citrate +d3 tablet 315-250 mg-unit oral 315-250 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp calcium tablet 1500 (600 ca) mg oral 1500 (600 ca) mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm zinc tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>magdelay tablet delayed release 70 mg oral 70 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>mag-g tablet 500 (27 mg) mg oral 500 (27 mg) mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
MAGNEBIND 300 TABLET 250-300 MG ORAL 250-300 MG	\$0, Nivel 3	DP
MAGNEBIND 400 TABLET 80-115 MG ORAL 80-115 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>magnesium 27 tablet 500 (27 mg) mg oral 500 (27 mg) mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>magnesium chloride tablet delayed release 64 mg oral 64 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>magnesium oxide tablet 400 (240 mg) mg oral 400 (240 mg) mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>magnesium oxide tablet 400 (241.3 mg) mg oral 400 (241.3 mg) mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>magnesium oxide tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>magnesium tablet 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>manganese chloride solution 0.1 mg/ml intravenous 0.1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
NU-MAG TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG ORAL 71.5-119 MG	\$0, Nivel 3	DP
OS-CAL TABLET CHEWABLE 500-600 MG-UNIT ORAL 500-600 MG-UNIT	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
OYSCO 500 TABLET 500 MG ORAL 500 MG	\$0, Nivel 3	DP
OYSCO 500+D TABLET 500-200 MG-UNIT ORAL 500-200 MG-UNIT	\$0, Nivel 3	DP
<i>oyster shell calcium 500 + d tablet 500-125 mg-unit oral 500-125 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>oyster shell calcium tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>oyster shell calcium tablet 500-400 mg-unit oral 500-400 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>oyster shell calcium w/d tablet 500-200 mg-unit oral 500-200 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>oyster shell calcium/d tablet 500-200 mg-unit oral 500-200 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>oyster shell calcium/d tablet 500-400 mg-unit oral 500-400 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>oyster shell calcium/vitamin d tablet 500-200 mg-unit oral 500-200 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sb oyster shell calcium tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm calcium 600/vitamin d tablet 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm calcium citrate w/vit d3 tablet 315-250 mg-unit oral 315-250 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm calcium-magnesium-zinc tablet 333-133-5 mg oral 333-133-5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm magnesium tablet 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm oyster shell calcium/vit d3 tablet 500-400 mg-unit oral 500-400 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm zinc gluconate tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>zinc gluconate tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>zinc sulfate tablet 220 (50 zn) mg oral 220 (50 zn) mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>zinc tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
Nutrición Iv		
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 7 %	\$0, Nivel 2	B/D
<i>chromic chloride solution 40 mcg/10ml intravenous 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

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y 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 solution 0.4 mg/ml intravenous 0.4 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>dextrose intravenous solution 50 %, 70 %</i>	\$0, Nivel 1	B/D
FREAMINE III INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nivel 2	B/D
HEPATAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	\$0, Nivel 2	B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0, Nivel 2	B/D
MULTITRACE-4 NEONATAL SOLUTION 100-25-1500 MCG/ML INTRAVENOUS 100-25-1500 MCG/ML	\$0, Nivel 3	DP
MULTITRACE-4 PEDIATRIC SOLUTION 1-100-25-1000 MCG/ML INTRAVENOUS 1-100-25-1000 MCG/ML	\$0, Nivel 3	DP
<i>multitrace-5 concentrate solution 10-1000-500-60 mcg/ml intravenous 10-1000-500-60 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
MULTITRACE-5 SOLUTION 4-400-100-20 MCG/ML INTRAVENOUS 4-400-100-20 MCG/ML	\$0, Nivel 3	DP
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
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	\$0, Nivel 2	B/D
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0, Nivel 2	B/D
<i>selenious acid solution 60 mcg/ml intravenous 60 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
TRALEMENT SOLUTION 300-55-60-3000 MCG/ML INTRAVENOUS 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 solution 1 mg/ml intravenous 1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
Vitaminas		
ANIMAL SHAPES TABLET CHEWABLE WITH C & FA ORAL WITH C & FA	\$0, Nivel 3	DP
<i>animal shapes/iron tablet chewable 18 mg oral 18 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
ANIMI-3 CAPSULE 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nivel 3	DP
ANIMI-3/VITAMIN D CAPSULE 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nivel 3	DP
AQUADEKS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>aqueous vitamin d liquid 10 mcg/ml oral 10 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ascorbic acid tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>b complex capsule oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>b complex-c tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>b-1 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>b-12 tr tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>b-complex/b-12 tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>biotin capsule 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>biotin capsule 5000 mcg oral 5000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>biotin tablet 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>bp vit 3 capsule 1 mg oral 1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>c 250 tablet 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>c-1000 tablet extended release 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>c-1000/rose hips tablet 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>c-500 tablet extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
CARDIOTEK RX TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
<i>centamin liquid oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
CEROVITE JR TABLET CHEWABLE 18 MG ORAL 18 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>chewable vite childrens tablet chewable oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>childrens animal shapes tablet chewable 18 mg oral 18 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>childrens chewable vitamins tablet chewable oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>classic prenatal tablet 28-0.8 mg oral 28-0.8 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>cod liver oil capsule 4000-200 unit oral 4000-200 unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
CORVITA TABLET 1.25 MG ORAL 1.25 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>cvs b-1 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>cvs vitamin b-12 tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>cyanocobalamin solution 1000 mcg/ml injection 1000 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>d 1000 tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>d 400 tablet 10 mcg (400 unit) oral 10 mcg (400 unit)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>d 5000 tablet 125 mcg (5000 ut) oral 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>d3 high potency capsule 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>d3 super strength capsule 50 mcg (2000 ut) oral 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>daily vitamins tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>daily-vite tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>daily-vite/iron/beta-carotene tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
DECARA CAPSULE 1.25 MG (50000 UT) ORAL 1.25 MG (50000 UT)	\$0, Nivel 3	DP
DECARA CAPSULE 250 MCG (10000 UT) ORAL 250 MCG (10000 UT)	\$0, Nivel 3	DP
DECARA CAPSULE 625 MCG (25000 UT) ORAL 625 MCG (25000 UT)	\$0, Nivel 3	DP
DERMACINRX PUREFOLIX TABLET 1-5000 MG-UNIT ORAL 1-5000 MG-UNIT	\$0, Nivel 3	DP
DIALYVITE 3000 TABLET 3 MG ORAL 3 MG	\$0, Nivel 3	DP
DIALYVITE 5000 TABLET 5 MG ORAL 5 MG	\$0, Nivel 3	DP
DIALYVITE 800 TABLET 0.8 MG ORAL 0.8 MG	\$0, Nivel 3	DP
DIALYVITE 800/ZINC TABLET 0.8 MG ORAL 0.8 MG	\$0, Nivel 3	DP
DIALYVITE 800-ZINC 15 TABLET 0.8 MG ORAL 0.8 MG	\$0, Nivel 3	DP
DIALYVITE SUPREME D TABLET 3 MG ORAL 3 MG	\$0, Nivel 3	DP
DIALYVITE TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
DIALYVITE VITAMIN D 5000 CAPSULE 125 MCG (5000 UT) ORAL 125 MCG (5000 UT)	\$0, Nivel 3	DP
DIALYVITE/ZINC TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
DRISDOL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT) ORAL 1.25 MG (50000 UT)	\$0, Nivel 3	DP
<i>e-400 capsule 400 unit oral 400 unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
ELDERTONIC LIQUID ORAL	\$0, Nivel 3	DP
ENDUR-C TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG ORAL 1000 MG	\$0, Nivel 3	DP
ENDUR-C TABLET EXTENDED RELEASE 500 MG ORAL 500 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>eq1 b complex 50 tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ergocalciferol capsule 1.25 mg (50000 ut) oral 1.25 mg (50000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ergocalciferol solution 200 mcg/ml oral 200 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
ESTER-C TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
<i>fabb tablet 2.2-25-1 mg oral 2.2-25-1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
FLORIVA PLUS SOLUTION 0.25 MG/ML ORAL 0.25 MG/ML	\$0, Nivel 3	DP
<i>folic acid solution 5 mg/ml injection 5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>folic acid tablet 1 mg oral (rx) 1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>folic acid tablet 400 mcg oral 400 mcg</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>folic acid tablet 800 mcg oral 800 mcg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>folite tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
FOLIXAPURE TABLET 1-5000 MG-UNIT ORAL 1-5000 MG-UNIT	\$0, Nivel 3	DP
FOLTABS 800 TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG ORAL 800-10-115 MCG-MG-MCG	\$0, Nivel 3	DP
FOLTRATE TABLET 500-1 MCG-MG ORAL 500-1 MCG-MG	\$0, Nivel 3	DP
FOLTREXYL TABLET 1-5000 MG-UNIT ORAL 1-5000 MG-UNIT	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp childrens complete tablet chewable oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp essential one daily tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp healthy eyes supervision capsule oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp little ones childrens tablet chewable oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp one daily plus iron tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp prenatal tablet 28-0.8 mg oral 28-0.8 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp vitamin c drops lozenge 60 mg mouth/throat 60 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp vitamin c tablet extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp vitamin d-400 tablet 10 mcg (400 unit) oral 10 mcg (400 unit)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm niacin tablet extended release 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm vitamin b100 complex tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm vitamin b12 tablet extended release 1000 mcg oral 1000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm vitamin b-12 tr tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm vitamin b50 complex tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm vitamin c tr tablet extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral 450 mg (1000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm vitamin e capsule 90 mg (200 unit) oral 90 mg (200 unit)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hydroxocobalamin acetate solution 1000 mcg/ml intramuscular 1000 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
ICAPS CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN TABLET DELAYED RELEASE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
INFUVITE ADULT INJECTABLE INTRAVENOUS	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
INFUVITE PEDIATRIC SOLUTION INTRAVENOUS	\$0, Nivel 3	DP
<i>l-methylfolate calcium tablet 15 mg oral 15 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>l-methylfolate calcium tablet 7.5 mg oral 7.5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>l-methylfolate-b6-b12 tablet 3-35-2 mg oral 3-35-2 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>l-methyl-mc nac tablet 6-2-600 mg oral 6-2-600 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>l-methyl-mc tablet 6-1-50-5 mg oral 6-1-50-5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
M.V.I. ADULT INJECTABLE INTRAVENOUS	\$0, Nivel 3	DP
M.V.I. PEDIATRIC SOLUTION RECONSTITUTED INTRAVENOUS	\$0, Nivel 3	DP
MAXIMUM D3 CAPSULE 325 MCG (13000 UT) ORAL 325 MCG (13000 UT)	\$0, Nivel 3	DP
MEPHYTON TABLET 5 MG ORAL 5 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>multiple vitamins essential tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>multi-vit/iron/fluoride solution 0.25-10 mg/ml oral 0.25- 10 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>multivitamin/fluoride solution 0.25 mg/ml oral (otc) 0.25 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>multivitamin/fluoride solution 0.25 mg/ml oral (rx) 0.25 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>multivitamin/fluoride solution 0.5 mg/ml oral (otc) 0.5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>multivitamin/fluoride solution 0.5 mg/ml oral (rx) 0.5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>multivitamin/fluoride tablet chewable 0.25 mg oral (rx) 0.25 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>multivitamin/fluoride tablet chewable 0.5 mg oral 0.5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>multivitamin/fluoride tablet chewable 1 mg oral 1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>multivitamin/fluoride/iron solution 0.25-10 mg/ml oral (rx) 0.25-10 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>multi-vitamins tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
MVC-FLUORIDE TABLET CHEWABLE 0.25 MG ORAL 0.25 MG	\$0, Nivel 3	DP
MVC-FLUORIDE TABLET CHEWABLE 0.5 MG ORAL 0.5 MG	\$0, Nivel 3	DP
MVC-FLUORIDE TABLET CHEWABLE 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nivel 3	DP
NASCOBAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML NASAL 500 MCG/0.1ML	\$0, Nivel 3	DP
NEPHPLEX RX TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
<i>niacin er capsule extended release 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>niacin er capsule extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>niacin tablet 500 mg oral (otc) 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>niacinamide tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
NICOMIDE TABLET 750-27-2-0.5 MG ORAL 750-27-2-0.5 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>norwegian cod liver oil capsule oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON SOLUTION 10 MG/ML ORAL 10 MG/ML	\$0, Nivel 3	DP
OCUVITE ADULT 50+ CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
OCUVITE ADULT FORMULA CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
<i>once daily tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>once daily/iron tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>one daily tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>pan-c 500/bioflavonoids tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>phytonadione solution 1 mg/0.5ml injection 1 mg/0.5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>phytonadione solution 10 mg/ml injection 10 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>phytonadione tablet 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>poly vitamin tablet chewable oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>polyvitamin/iron tablet chewable oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>prenatal tablet 27-0.8 mg oral (otc) 27-0.8 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>prenatal vitamins tablet 28-0.8 mg oral 28-0.8 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
PRESERVISION AREDS 2 CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
PRESERVISION AREDS CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
PRESERVISION/LUTEIN CAPSULE ORAL	\$0, Nivel 3	DP
<i>pyridoxine hcl solution 100 mg/ml injection 100 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>pyridoxine hcl tablet 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>pyridoxine hcl tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ra balanced b-100 tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ra balanced b-50 tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ra vitamin b-1 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ra vitamin b12 tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ra vitamin c cr tablet extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
RENAL CAPSULE 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>rena-vite tablet oral (otc)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>reno caps capsule 1 mg oral (otc) 1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>reno caps capsule 1 mg oral (rx) 1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm animal shapes kids first tablet chewable oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm b100 complex tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm balanced b-50 tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm b-complex tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm chewable c tablet chewable 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm folic acid tablet 400 mcg oral 400 mcg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm multiple vitamins essential tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm multiple vitamins/iron tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm super b complex/c tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm vit c/rose hips tablet 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm vitamin b1 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm vitamin b-12 tablet 100 mcg oral 100 mcg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm vitamin b-12 tablet 500 mcg oral 500 mcg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm vitamin b12 tr tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm vitamin b-6 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm vitamin c cr tablet extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm vitamin c tablet 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm vitamin c tablet 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm vitamin c tablet chewable 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm vitamin d3 tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm vitamin e capsule 1000 unit oral 1000 unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm vitamin e capsule 200 unit oral 200 unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm vitamin e capsule 400 unit oral 400 unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>span c tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>stress formula tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>stress formula/iron tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
STROVITE FORTE TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
STROVITE ONE TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
SUPER NU-THERA LIQUID ORAL	\$0, Nivel 3	DP
SUPER QUINTS B-50 TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
<i>superplex-t tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
TAB-A-VITE TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
<i>tab-a-vite/iron tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
THERA TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
THEREMS TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>thiamine hcl solution 100 mg/ml injection 100 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>thiamine hcl tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>thiamine mononitrate tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>thrivite 19 tablet 1 mg oral 1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>total b/c tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>triphrocaps capsule 1 mg oral 1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tri-vitamin/fluoride solution 0.25 mg/ml oral 0.25 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tri-vitamin/fluoride solution 0.5 mg/ml oral 0.5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
UDAMIN SP TABLET 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>virt-caps capsule 1 mg oral 1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
VIRT-GARD TABLET 2.2-25-1 MG ORAL 2.2-25-1 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>vita-bee/c tablet oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
VITAFOL TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
VITAL-D RX TABLET 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin a capsule 3 mg (10000 ut) oral 3 mg (10000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin b-1 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin b-1 tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin b-12 er tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin b-12 tablet 100 mcg oral 100 mcg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin b-12 tablet 1000 mcg oral 1000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin b-12 tablet 250 mcg oral 250 mcg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin b-12 tablet 500 mcg oral 500 mcg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin b12 tr tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin b-6 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin b-6 tablet 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin c er capsule extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin c er tablet extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin c tablet 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin c tablet 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin c tablet chewable 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin c tablet chewable 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin c/rose hips tr tablet extended release 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>vitamin c-rose hips er tablet extended release 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin c-rose hips er tablet extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin c-rose hips tr tablet extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) capsule 10 mcg (400 unit) oral 10 mcg (400 unit)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) capsule 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin d (ergocalciferol) capsule 1.25 mg (50000 ut) oral 1.25 mg (50000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin d capsule 50 mcg (2000 ut) oral 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin d liquid 10 mcg/ml oral 10 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin d tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin d tablet 50 mcg (2000 ut) oral 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin d3 capsule 125 mcg (5000 ut) oral 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin d3 capsule 250 mcg (10000 ut) oral 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin d3 capsule 50 mcg (2000 ut) oral 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin d3 tablet 10 mcg (400 unit) oral 10 mcg (400 unit)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin d3 tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin d3 tablet 50 mcg (2000 ut) oral 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin e capsule 100 unit oral 100 unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin e capsule 200 unit oral 200 unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin e capsule 400 unit oral 400 unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral 450 mg (1000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin k1 solution 1 mg/0.5ml injection 1 mg/0.5ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamin k1 solution 10 mg/ml injection 10 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamins acd-fluoride solution 0.25 mg/ml oral 0.25 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>vitamins for hair capsule oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
VITREXYL + IRON TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP
VITREXYL TABLET ORAL	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>vp-vite rx tablet 1 mg oral 1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>westab mini tablet 2.2-25-1 mg oral 2.2-25-1 mg</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>zoo friends complete tablet chewable oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>zoo friends gummies tablet chewable oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>zoo friends tablet chewable oral</i>	\$0, Nivel 3	DP
TÓPICOS		
Agentes Para Boca/Garganta/Dentales		
CEPACOL SORE THROAT & COUGH LOZENGE 5-7.5 MG MOUTH/THROAT 5-7.5 MG	\$0, Nivel 3	DP
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (150 per 30 days)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	\$0, Nivel 1	
ORASEP SOLUTION 2-0.5-0.1 % MOUTH/THROAT 2-0.5-0.1 %	\$0, Nivel 3	DP
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0, Nivel 1	
PERIOMED CONCENTRATE 0.63 % MOUTH/THROAT 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 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nivel 1	PA
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0, Nivel 1	PA
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %	\$0, Nivel 1	PA; QL (45 per 30 days)
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %	\$0, Nivel 1	PA; QL (45 per 30 days)
BENZEPRO FOAM 5.3 % EXTERNAL 5.3 %	\$0, Nivel 3	DP
BENZEPRO SHORT CONTACT FOAM 9.8 % EXTERNAL 9.8 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (46.6 per 30 days)
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nivel 1	PA
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (75 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>ery external pad 2 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nivel 1	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (118 per 30 days)
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (45 per 30 days)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (45 per 30 days)
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 per 30 days); NDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0, Nivel 2	QL (180 per 30 days)
<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 per 30 days)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (50 per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (3 per 1 day)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (50 per 30 days)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (30 per 30 days)
Dermatología, Antibióticos		
<i>bacitracin ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external (otc) 500 unit/gm</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>first aid antibiotic ointment 3.5-400-5000 mg-unit external 3.5-400-5000 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>gnp bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp triple antibiotic ointment external</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp triple antibiotic plus ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm triple antibiotic max st ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external 3.5-400-5000</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (220 per 30 days)
<i>qc triple antibiotic max st ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm antibiotic ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm triple antibiotic max st ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external 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 per 30 days)
<i>triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external 3.5-400-5000</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>triple antibiotic plus ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>triple antibiotic+pain relief ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
Dermatología, Anticuerpos		
ALOE VESTA CLEAR ANTIFUNGAL OINTMENT 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>antifungal (tolnaftate) cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>antifungal clotrimazole cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>anti-fungal cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>antifungal cream 2 % external 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>anti-fungal powder 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>antifungal powder 2 % external 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>anti-itch cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>athletes foot (terbinafine) cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>athletes foot powder spray aerosol powder 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>athletes foot spray aerosol 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
BANOPHEN CREAM 2-0.1 % EXTERNAL 2-0.1 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>baza antifungal cream 2 % external 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>benzoin tincture external (otc)</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>butenafine hcl cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
CARRINGTON ANTIFUNGAL CREAM 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>castellani paint modified liquid 1.5 % external 1.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>clotrimazole anti-fungal cream 1 % external (otc) 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>clotrimazole athletes foot cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (otc) 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (45 per 30 days)
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>clotrimazole solution 1 % external (otc) 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (45 per 30 days)
DESENEX POWDER 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>diphenhydramine-zinc acetate cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
FUNGOID TINCTURE SOLUTION 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp anti-itch cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp athletes foot cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp terbinafine hydrochloride cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp tolinaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>itch relief extra strength cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>miconazole nitrate cream 2 % external (otc) 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
MICRO GUARD POWDER 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nivel 3	DP
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>qc anti-itch extra strength cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc tolinaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
REMEDY ANTIFUNGAL CREAM 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nivel 3	DP
REMEDY PHYTOPLEX ANTIFUNGAL POWDER 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm antifungal clotrimazole cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm antifungal miconazole cream 2 % external 2 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm antifungal tolinaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm anti-itch extra strength cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm athletes foot cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
SOOTHE & COOL INZO ANTIFUNGAL CREAM 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>terbinafine hcl cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tolinaftate antifungal cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tolinaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tolinaftate powder 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
ZEASORB-AF POWDER 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Dermatología, Antipsoriáticos		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (120 per 30 days)
CALCITRENE EXTERNAL OINTMENT 0.005 %	\$0, Nivel 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (60 per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days)
Dermatología, Antiseborreicos		
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
Dermatología, Corticosteroides		
<i>ala-cort external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (50 per 30 days)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %	\$0, Nivel 2	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (118.28 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (90 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (118.28 per 30 days)

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<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 per 30 days)
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (50 per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (454 per 30 days)
<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	
Dermatología, Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>cvs lice treatment liquid 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>eq lice killing max st shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp lice treatment liquid 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp lice treatment shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm lice killing max st shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm lice treatment liquid 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>lice killing maximum strength shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>lice killing shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>lice killing shampoo 4-0.33 % external 4-0.33 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>lice treatment lotion 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (59 per 30 days)
<i>permethrin external cream 5 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
RID LICE KILLING SHAMPOO SHAMPOO 0.33-4 % EXTERNAL 0.33-4 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>sb lice killing max st shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm lice killing max strength shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm lice solution kit kit 0.33-4-0.5 % combination 0.33-4-0.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm lice treatment lotion 1 % external 1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
Dermatología, Varios Para La Piel Y Membranas Mucosas		
<i>ammonium lactate cream 12 % external (otc) 12 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (otc) 12 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>antiseptic skin cleanser solution 4 % external 4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>arthritis pain relieving cream 0.075 % external 0.075 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>calamine phenolated lotion external</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>calamine-zinc oxide lotion 8-8 % external 8-8 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
CALMOSEPTINE OINTMENT 0.44-20.6 % EXTERNAL 0.44-20.6 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>capsaicin cream 0.025 % external 0.025 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>capsaicin cream 0.1 % external 0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
CLORPACTIN POWDER 2 GM 2 GM	\$0, Nivel 3	DP
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (1000 per 30 days)
DYNA-HEX 4 SOLUTION 4 % EXTERNAL 4 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (40 per 30 days)
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (10 per 30 days)
<i>gnp antiseptic skin cleanser solution 4 % external 4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp capsaicin liquid 0.15 % external 0.15 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp zinc oxide ointment 20 % external 20 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm antiseptic skin cleanser solution 4 % external 4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm povidone-iodine solution 10 % external 10 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (24 per 30 days)
KERR TRIPLE DYE SWABS SWAB EXTERNAL	\$0, Nivel 3	DP
<i>lidocaine pain relief patch 4 % external 4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>lidocaine pain relieving patch 4 % external 4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (45 per 30 days)

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (45 per 30 days)
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (59 per 30 days)
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
PENTRAVAN CREAM EXTERNAL	\$0, Nivel 3	DP
PENTRAVAN PLUS CREAM EXTERNAL	\$0, Nivel 3	DP
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (7 per 28 days)
<i>povidone-iodine ointment 10 % external 10 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>povidone-iodine solution 10 % external 10 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0, Nivel 1	
PROCTO-PAK EXTERNAL CREAM 1 %	\$0, Nivel 1	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0, Nivel 1	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0, Nivel 1	
<i>qc calamine lotion external</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>qc povidone iodine solution 10 % external 10 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	\$0, Nivel 2	QL (30 per 30 days)
ROSADAN EXTERNAL CREAM 0.75 %	\$0, Nivel 1	QL (45 per 30 days)
<i>sm antiseptic skin cleanser solution 4 % external 4 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm calamine lotion external</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm calamine phenolated lotion external</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm povidone-iodine solution 10 % external 10 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (100 per 30 days)
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 %	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0, Nivel 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
XERAC AC SOLUTION 6.25 % EXTERNAL 6.25 %	\$0, Nivel 3	DP
<i>zinc oxide ointment 20 % external 20 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
ZOSTRIX HP CREAM 0.1 % EXTERNAL 0.1 %	\$0, Nivel 3	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF CREAM 0.033 % EXTERNAL 0.033 %	\$0, Nivel 3	DP
Óticos		
<i>ear drops solution 6.5 % otic 6.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp earwax removal drops solution 6.5 % otic 6.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>gnp earwax removal kit solution 6.5 % otic 6.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm earwax removal aid solution 6.5 % otic 6.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>hm earwax removal kit solution 6.5 % otic 6.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP
<i>sm ear drops solution 6.5 % otic 6.5 %</i>	\$0, Nivel 3	DP

LEYENDA

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

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

12 hour decongestant.....	92	all day allergy.....	85	amphotericin b.....	37
12 hour nasal decongestant.....	92	all day allergy childrens.....	85	ampicillin.....	43
12 hour nasal spray.....	92	all day allergy d.....	92	ampicillin sodium.....	43
24hr allergy relief.....	85	all day allergy-d.....	92	ampicillin-sulbactam sodium.....	43, 44
3 day vaginal.....	75	all-day allergy childrens.....	85	anagrelide hcl.....	77
8 hour arthritis pain reliever.....	31	aller-chlor.....	85	anastrozole.....	15
8 hr arthritis pain relief.....	31	aller-ease.....	85	ANDRODERM.....	53
8hr muscle aches & pain.....	31	allergy.....	86	ANIMAL SHAPES.....	120
abacavir sulfate.....	34	allergy 24-hr.....	85	animal shapes/iron.....	120
abacavir sulfate-lamivudine.....	36	allergy childrens.....	85	ANIMI-3.....	120
abacavir-lamivudine-zidovudine.....	36	allergy rel child (loratadine).....	85	ANIMI-3/VITAMIN D.....	120
ABELCET.....	37	allergy relief.....	86	ANORO ELLIPTA.....	89
ABILIFY MAINTENA.....	106	allergy relief childrens.....	86	antacid.....	66
abiraterone acetate.....	15	allergy relief d.....	92	antacid anti-gas max strength.....	66
ABRAXANE.....	22	allergy relief d-12.....	92	antacid fast relief.....	66
acamprosate calcium.....	111	allergy relief d-24.....	92	antacid maximum strength.....	66
acarbose.....	60	allergy relief/nasal decongest.....	92	antacid plus anti-gas fast act.....	66
ACCUTANE.....	129	allergy relief-d.....	92	antacid plus anti-gas relief.....	66
acebutolol hcl.....	47	allergy/congestion relief.....	92	antacid regular strength.....	66
acetaminophen.....	31	allergy-time.....	86	antacid/anti-gas.....	66
acetaminophen childrens.....	31	allopurinol.....	34	anti-diarrheal.....	67
acetaminophen er.....	31	ALMACONE DOUBLE STRENGTH.....	66	antifungal.....	131
acetaminophen extra strength.....	31	ALOE VESTA CLEAR.....		anti-fungal.....	131
acetaminophen infants.....	31	ANTIFUNGAL.....	131	antifungal (tolnaftate).....	131
acetaminophen-codeine.....	29, 30	alosetron hcl.....	69	antifungal clotrimazole.....	131
acetaminophen-codeine #3.....	29	ALPHAGAN P.....	80	anti-itch.....	131
acetazolamide.....	49	alprazolam.....	100	antiseptic skin cleanser.....	135
acetazolamide er.....	49	ALREX.....	82	aprepitant.....	68
acetic acid.....	76, 85	ALTAVERA.....	53	APRI.....	53
acetylcysteine.....	90	alum & mag hydroxide-simeth.....	66	APTIO.....	100
acitretin.....	133	alumina-magnesia-simethicone.....	66	APTIVUS.....	34
ACTHIB.....	26	aluminum hydroxide gel.....	66	AQUADEKS.....	120
ACTIMMUNE.....	25	ALUNBRIG.....	16	aqueous vitamin d.....	121
active fe.....	78	alyacen 1/35.....	53	ARALAST NP.....	90
acyclovir.....	40	alyacen 7/7/7.....	53	ARANELLE.....	53
acyclovir sodium.....	40	AMABELZ.....	63	ARCALYST.....	25
ADACEL.....	26	amantadine hcl.....	99	aripiprazole.....	106
adefovir dipivoxil.....	40	AMBISOME.....	37	ARISTADA.....	106, 107
ADEMPAS.....	50	ambrisentan.....	50	ARISTADA INITIO.....	106
ADIPEX-P.....	111	AMETHIA.....	53	armodafinil.....	111
ADRENALIN.....	50	amikacin sulfate.....	38	ARNUITY ELLIPTA.....	91
ADRIAMYCIN.....	21	amiloride hcl.....	49	arthritis pain relief.....	31
ADVAIR DISKUS.....	90	amiloride-hydrochlorothiazide.....	49	arthritis pain reliever.....	31
ADVAIR HFA.....	90	AMINOSYN-PF.....	119	arthritis pain relieving.....	135
AFINITOR.....	16	amiodarone hcl.....	45	artificial tears.....	83
AFINITOR DISPERZ.....	16	amitriptyline hcl.....	104	ascorbic acid.....	121
AFIRMELLE.....	53	amlodipine besy-benazepril hcl.....	49	asenapine maleate.....	107
AIMOVIG.....	111	amlodipine besylate.....	47	ASHLYNA.....	53
ala-cort.....	133	amlodipine besylate-valsartan.....	48	aspirin.....	31
albendazole.....	37	amlodipine-olmesartan.....	48	aspirin ec.....	31
albuterol sulfate.....	89	amlodipine-valsartan-hctz.....	48	aspirin-dipyridamole er.....	80
albuterol sulfate hfa.....	89	ammonium lactate.....	135	ASSURE ID INSULIN SAFETY	
alclometasone dipropionate.....	133	AMNESTEEM.....	129	SYR.....	58
ALDURAZYME.....	62	amoxapine.....	105	atazanavir sulfate.....	34
ALECENSA.....	16	amoxicillin.....	43	atenolol.....	47
alendronate sodium.....	65	amoxicillin-pot clavulanate.....	43	atenolol-chlorthalidone.....	48
alfuzosin hcl er.....	76	amoxicillin-pot clavulanate er.....	43	athletes foot (terbinafine).....	131
ALIMTA.....	21	amphetamine-dextroamphet er.....	109	athletes foot powder spray.....	131
aliskiren fumarate.....	50	amphetamine-dextroamphetamine.....	109	athletes foot spray.....	131

<i>atomoxetine hcl</i>	109	<i>betamethasone dipropionate aug.</i> ..	133	<i>cabergoline</i>	62
<i>atorvastatin calcium</i>	46	<i>betamethasone valerate</i>	133	CABOMETYX.....	16
<i>atovaquone</i>	38	BETASERON.....	100	<i>calamine phenolated</i>	135
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	39	<i>betaxolol hcl</i>	47, 81	<i>calamine-zinc oxide</i>	135
<i>atropine sulfate</i>	83	<i>bethanechol chloride</i>	76	CALCI-CHEW.....	117
ATROVENT HFA.....	85	BETOPTIC-S.....	81	<i>calcipotriene</i>	133
AUBRA EQ.....	53	BEVESPI AEROSPHERE.....	89	<i>calcitonin (salmon)</i>	65
AUROVELA 1/20.....	53	<i>bexarotene</i>	22	CALCITRATE.....	117
AUROVELA 24 FE.....	53	BEXSERO.....	26	CALCITRENE.....	133
AUROVELA FE 1.5/30.....	53	<i>bicalutamide</i>	15	<i>calcitriol</i>	53
AUROVELA FE 1/20.....	54	BICILLIN L-A.....	44	<i>calcium</i>	118
AUSTEDO.....	110	BIKTARVY.....	36	<i>calcium 500 + d</i>	117
AVASTIN.....	16	<i>biotin</i>	121	<i>calcium 500/d</i>	117
AVIANE.....	54	<i>bisacodyl</i>	71	<i>calcium 500/vitamin d</i>	117
AVITA.....	129	<i>bisacodyl ec</i>	71	<i>calcium 600</i>	117
AYUNA.....	54	<i>bismatrol</i>	67	<i>calcium 600+d</i>	117
AYVAKIT.....	16	<i>bisoprolol fumarate</i>	47	<i>calcium 600-d</i>	117
<i>azacitidine</i>	21	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	48	<i>calcium acetate</i>	52
<i>azathioprine</i>	25	BIVIGAM.....	24	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	52
<i>azelastine hcl</i>	80, 86	BLEPHAMIDE S.O.P.....	81	<i>calcium carb-cholecalciferol</i>	117
<i>azithromycin</i>	42	BLISOVI 24 FE.....	54	<i>calcium carbonate</i>	117
<i>aztreonam</i>	38	BLISOVI FE 1.5/30.....	54	<i>calcium carbonate antacid</i>	117
AZURETTE.....	54	BOOSTRIX.....	26	<i>calcium high potency</i>	118
<i>b complex</i>	121	<i>bortezomib</i>	16	<i>calcium high potency/vitamin d</i>	118
<i>b complex-c</i>	121	<i>bosentan</i>	51	<i>calcium-folic acid plus d</i>	118
<i>b-1</i>	121	BOSULIF.....	16	<i>calcium-vitamin d3</i>	118
<i>b-12 tr</i>	121	<i>bp vit 3</i>	121	CALMOSEPTINE.....	135
<i>bacitracin</i>	81, 130	BRAFTOVI.....	16	CALQUENCE.....	16
<i>bacitracin zinc</i>	130	BREO ELLIPTA.....	90	CAMILA.....	54
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	82	BREZTRI AEROSPHERE.....	89	CAMRESE.....	54
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	81	<i>briellyn</i>	54	CAMRESE LO.....	54
<i>baclofen</i>	100	BRILINTA.....	80	<i>candesartan cilexetil</i>	45
<i>balsalazide disodium</i>	70	<i>brimonidine tartrate</i>	81	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	48
BALVERSA.....	16	<i>brinzolamide</i>	81	<i>capcof</i>	92
BALZIVA.....	54	BRIVIACT.....	100, 101	CAPLYTA.....	107
BANOPHEN.....	86, 131	<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	82	CAPRELSA.....	16
BARACLUDGE.....	40	<i>bromocriptine mesylate</i>	99	<i>capsaicin</i>	135
BASAGLAR KWIKPEN.....	58	BROMSITE.....	82	<i>captopril</i>	51
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE...	31	BRUKINSA.....	16	CARBAGLU.....	62
<i>baza antifungal</i>	131	<i>budesonide</i>	70, 91	<i>carbamazepine</i>	101
<i>bcg vaccine</i>	26	<i>budesonide er</i>	70	<i>carbamazepine er</i>	101
<i>b-complex/b-12</i>	121	<i>bumetanide</i>	49	<i>carbidopa-levodopa</i>	99
BELSOMRA.....	110	<i>buprenorphine</i>	29	<i>carbidopa-levodopa er</i>	99
<i>benazepril hcl</i>	51	<i>buprenorphine hcl</i>	111	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	99
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	49	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	112	<i>carboplatin</i>	15
BENDEKA.....	15	<i>bupropion hcl</i>	105	CARDIOTEK RX.....	121
BENLYSTA.....	25	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	112	<i>carisoprodol</i>	100
BENZEDREX.....	92	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	105	CARRINGTON ANTIFUNGAL.....	131
BENZEPRO.....	129	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	105	<i>carteolol hcl</i>	81
BENZEPRO SHORT CONTACT...	129	<i>buspirone hcl</i>	100	CARTIA XT.....	47
<i>benzoin</i>	131	<i>butenafine hcl</i>	131	<i>carvedilol</i>	47
<i>benzonatate</i>	92	<i>butorphanol tartrate</i>	30	<i>caspofungin acetate</i>	37
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	129	BYDUREON BCISE.....	60	<i>castellani paint modified</i>	131
<i>benzphetamine hcl</i>	111	BYETTA 10 MCG PEN.....	60	CAYSTON.....	38
<i>benztropine mesylate</i>	99	BYETTA 5 MCG PEN.....	60	CAZANT.....	54
<i>bepotastine besilate</i>	80	BYSTOLIC.....	47	<i>cefaclor</i>	41
BEPREVE.....	80	<i>c 250</i>	121	<i>cefaclor er</i>	41
BERINERT.....	77	<i>c-1000</i>	121	<i>cefadroxil</i>	41
BESIVANCE.....	82	<i>c-1000/rose hips</i>	121	<i>cefazolin sodium</i>	41
<i>betamethasone dipropionate</i>	133	<i>c-500</i>	121	<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	41

<i>cefdinir</i>	41	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	85	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	16
<i>cefepime hcl</i>	41	<i>cisplatin</i>	15	COMFORT ASSIST INSULIN	
<i>cefixime</i>	41	<i>citalopram hydrobromide</i>	105	SYRINGE.....	58
<i>cefoxitin sodium</i>	41	<i>citrus calcium +d</i>	118	COMPLERA.....	36
<i>cefpodoxime proxetil</i>	41	<i>citrus calcium/vitamin d</i>	118	<i>complete allergy medicine</i>	86
<i>cefprozil</i>	41	CLARAVIS.....	129	COMPRO.....	68
<i>ceftazidime</i>	42	<i>clarithromycin</i>	42	<i>constulose</i>	71
<i>ceftazidime and dextrose</i>	41	<i>clarithromycin er</i>	42	COPIKTRA.....	16
<i>ceftriaxone sodium</i>	42	<i>classic prenatal</i>	121	<i>coq10</i>	114
<i>cefuroxime axetil</i>	42	<i>clindamycin hcl</i>	38	<i>coq-10</i>	114
<i>cefuroxime sodium</i>	42	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	38	CORLANOR.....	50
<i>celecoxib</i>	27, 28	<i>clindamycin phosphate</i>	38, 75, 129	CORVITA.....	121
CELONTIN.....	101	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	38	CORVITA 150.....	78
<i>centamin</i>	121	<i>clindamycin phosphate in nacl</i>	38	CORVITE 150.....	78
CEPACOL SORE THROAT &		CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)...	119	<i>corvite fe</i>	78
COUGH.....	129	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	119	COTELLIC.....	16
<i>cephalexin</i>	42	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	119	<i>cough dm</i>	93
CERDELGA.....	62	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	119	<i>cough dm childrens</i>	93
CEREZYME.....	62	<i>clinimix/dextrose (6/5)</i>	120	<i>cough/chest congestion dm</i>	93
CEROVITE JR.....	121	<i>clinimix/dextrose (8/10)</i>	120	CREON.....	71
<i>cetirizine hcl</i>	86	<i>clinimix/dextrose (8/14)</i>	120	<i>cromolyn sodium</i>	69, 80, 90
<i>cetirizine hcl allergy child</i>	86	CLINISOL SF.....	120	CRYSELLE-28.....	54
<i>cetirizine hcl childrens</i>	86	CLINOLIPID.....	120	<i>cupric chloride</i>	120
<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	86	<i>clobazam</i>	101	<i>cvs b-1</i>	121
<i>cetirizine hcl hives relief</i>	86	<i>clobetasol propionate</i>	133	<i>cvs cough dm</i>	93
<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	92	<i>clobetasol propionate e</i>	133	<i>cvs gauze sterile</i>	59
<i>cevimeline hcl</i>	129	<i>clomipramine hcl</i>	105	<i>cvs lice treatment</i>	134
CHANTIX.....	112	<i>clonazepam</i>	101	<i>cvs vitamin b-12</i>	121
CHANTIX CONTINUING MONTH		<i>clonidine</i>	50	<i>cyanocobalamin</i>	121
PAK.....	112	<i>clonidine hcl</i>	50	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	100
CHANTIX STARTING MONTH		<i>clopidogrel bisulfate</i>	80	<i>cyclophosphamide</i>	15
PAK.....	112	<i>clorazepate dipotassium</i>	101	<i>cycloserine</i>	36
<i>charcoal</i>	62	CLORPACTIN.....	135	<i>cyclosporine</i>	25
CHATEAL.....	54	<i>clotrimazole</i>	76, 129, 131	<i>cyclosporine modified</i>	25
CHEMET.....	52	<i>clotrimazole 3</i>	76	<i>cyproheptadine hcl</i>	86
<i>chest congestion relief</i>	92	<i>clotrimazole anti-fungal</i>	131	CYRED EQ.....	54
<i>chest congestion relief dm</i>	92	<i>clotrimazole athletes foot</i>	131	CYSTADANE.....	62
<i>chewable vite childrens</i>	121	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	132	CYSTADROPS.....	83
<i>childrens animal shapes</i>	121	<i>clozapine</i>	107	CYSTAGON.....	62
<i>childrens chewable vitamins</i>	121	<i>co q10</i>	114	CYSTARAN.....	83
<i>childrens ibuprofen</i>	28	<i>co q-10</i>	114	<i>cytarabine</i>	21
<i>childrens loratadine</i>	86	COARTEM.....	40	<i>d 1000</i>	121
<i>childrens silapap</i>	31	<i>cod liver oil</i>	121	<i>d 400</i>	121
<i>childrens silfedrine</i>	92	<i>coditussin ac</i>	92	<i>d 5000</i>	121
<i>chlorhexidine gluconate</i>	129	<i>coditussin dac</i>	93	<i>d3 high potency</i>	121
<i>chloroquine phosphate</i>	40	<i>coenzyme q10</i>	114	<i>d3 super strength</i>	121
<i>chlorpromazine hcl</i>	107	<i>coenzyme q-10</i>	114	<i>daily vitamins</i>	122
<i>chlorthalidone</i>	49	<i>co-enzyme q10</i>	114	<i>daily-vite</i>	122
<i>cholestyramine</i>	46	<i>co-enzyme q-10</i>	114	<i>daily-vitel/iron/beta-carotene</i>	122
<i>cholestyramine light</i>	46	<i>colchicine</i>	34	<i>dalfampridine er</i>	100
CHROMAGEN.....	78	<i>colchicine-probenecid</i>	34	DALIRESP.....	90
<i>chromic chloride</i>	119	<i>colesevelam hcl</i>	46	<i>danazol</i>	63
<i>ciclopirox olamine</i>	131	<i>colestipol hcl</i>	46	<i>dantrolene sodium</i>	100
<i>cilostazol</i>	77	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	38	<i>dapsone</i>	38
CILOXAN.....	82	COMBIGAN.....	81	DAPTACEL.....	26
CIMDUO.....	36	COMBIVENT RESPIMAT.....	89	<i>daptomycin</i>	38
<i>cinacalcet hcl</i>	62	COMETRIQ (100 MG DAILY		DASETTA 1/35.....	54
CIPRO.....	43	DOSE).....	16	DASETTA 7/7/7.....	54
<i>ciprofloxacin hcl</i>	43, 82	COMETRIQ (140 MG DAILY		DAURISMO.....	16
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	43	DOSE).....	16	DAYSEE.....	54

DEBLITANE.....	54	<i>digoxin</i>	50	<i>efavirenz</i>	34
DECARA.....	122	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	111	<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir</i>	36
<i>deferasirox</i>	53	DILANTIN.....	101	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	36
<i>deferasirox granules</i>	52	DILANTIN INFATABS.....	101	ELDERTONIC.....	122
DELESTROGEN.....	63	<i>diltiazem hcl</i>	47	ELINEST.....	54
DELSTRIGO.....	36	<i>diltiazem hcl er</i>	47	ELIQUIS.....	77
DELSYM.....	93	<i>diltiazem hcl er beads</i>	47	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	77
DELSYM COUGH CHILDRENS.....	93	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	47	ELLA.....	54
DERMACINRX PUREFOLIX.....	122	<i>dilt-xr</i>	47	ELURYNG.....	54
DESCOVY.....	36	<i>diphenhist</i>	86	EMCYT.....	15
DESENEX.....	132	<i>diphenhydramine hcl</i>	86, 87	EMOQUETTE.....	54
<i>desipramine hcl</i>	105	<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	86	EMSAM.....	105
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	62	<i>diphenhydramine-zinc acetate</i>	132	<i>emtricitabine</i>	34
<i>desmopressin acetate</i>	62	<i>diphenoxylate-atropine</i>	69	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	36
<i>desmopressin acetate pf</i>	62	<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>	26	EMTRIVA.....	34
<i>desmopressin acetate spray</i>	62	<i>dipyridamole</i>	80	EMVERM.....	38
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	54	<i>disopyramide phosphate</i>	45	<i>enalapril maleate</i>	51
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	105	<i>disulfiram</i>	112	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	49
<i>dexamethasone</i>	64	<i>divalproex sodium</i>	101	ENBREL.....	23
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	64	<i>divalproex sodium er</i>	101	ENBREL MINI.....	23
<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>	64	<i>docetaxel</i>	22	ENBREL SURECLICK.....	23
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	64, 82	<i>docu</i>	71	ENDARI.....	77
DEXILANT.....	71	<i>docusate calcium</i>	71	ENDOCET.....	30
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	110	<i>docusate mini</i>	71	ENDUR-C.....	122
<i>dextromethorphan polistirex er</i>	93	<i>docusate sodium</i>	71, 72	<i>enema</i>	72
<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>	93	DOCUSOL MINI.....	72	<i>enema ready-to-use</i>	72
<i>dextrose</i>	120	<i>dofetilide</i>	45	ENEMEEZ MINI.....	72
<i>dextrose 5%/electrolyte #48</i>	115	DOK.....	72	ENEMEEZ PLUS.....	72
<i>dextrose in lactated ringers</i>	115	<i>donepezil hcl</i>	104	ENERGIX-B.....	26
<i>dextrose-nacl</i>	115	DOPTLET.....	77	<i>enoxaparin sodium</i>	77
<i>dextrose-sodium chloride</i>	115	<i>dorzolamide hcl</i>	81	ENPRESSE-28.....	54
<i>diabetic siltussin-dm max st</i>	93	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	81	ENSKYCE.....	54
DIABETIC TUSSIN.....	93	DOTTI.....	63	ENSTILAR.....	133
DIABETIC TUSSIN DM.....	93	DOVATO.....	36	<i>entacapone</i>	99
DIABETIC TUSSIN MAX ST.....	93	<i>doxazosin mesylate</i>	45	<i>entecavir</i>	40
DIACOMIT.....	101	<i>doxepin hcl</i>	105, 110	ENTRESTO.....	49
DIALYVITE.....	122	<i>doxorubicin hcl</i>	21	<i>enulose</i>	72
DIALYVITE 3000.....	122	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	21	EPCLUSA.....	40
DIALYVITE 5000.....	122	DOXY 100.....	44	EPIDIOLEX.....	101
DIALYVITE 800.....	122	<i>doxycycline hyclate</i>	44	<i>epinephrine</i>	90
DIALYVITE 800/ZINC.....	122	<i>doxycycline monohydrate</i>	44	<i>epirubicin hcl</i>	21
DIALYVITE 800-ZINC 15.....	122	DRISDOL.....	122	EPITOL.....	101
DIALYVITE SUPREME D.....	122	DRIZALMA SPRINKLE.....	105	EPIVIR HBV.....	40
DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	122	<i>dronabinol</i>	68	<i>eplerenone</i>	45
DIALYVITE/ZINC.....	122	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	54	EPRONTIA.....	102
<i>diazepam</i>	101	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	54	<i>epsom salt</i>	72
<i>diazoxide</i>	52	DROXIA.....	77	<i>eq cough dm</i>	93
<i>diclofenac potassium</i>	28	<i>droxidopa</i>	50	<i>eq lice killing max st</i>	134
<i>diclofenac sodium</i>	28, 82, 135	<i>duloxetine hcl</i>	105	<i>eq b complex 50</i>	122
<i>diclofenac sodium er</i>	28	DUREZOL.....	82	<i>eq coq10</i>	114
<i>dicloxacillin sodium</i>	44	<i>dutasteride</i>	76	<i>ergocalciferol</i>	122
<i>dicyclomine hcl</i>	69	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	76	<i>ergotamine-caffeine</i>	111
<i>diethylpropion hcl</i>	112	DYNA-HEX 4.....	135	ERIVEDGE.....	16
<i>diethylpropion hcl er</i>	112	E.E.S. 400.....	42	ERLEADA.....	15
DIFICID.....	42	<i>e-400</i>	122	<i>erlotinib hcl</i>	16, 17
<i>diflunisal</i>	28	<i>ear drops</i>	136	ERRIN.....	54
<i>difluprednate</i>	82	<i>ec-naproxen</i>	28	<i>ertapenem sodium</i>	38
DIGITEK.....	50	<i>ed chlorped jr</i>	87	<i>ery</i>	129
DIGOX.....	50	<i>ed-apap</i>	31	ERY-TAB.....	42
		EDURANT.....	34	ERYTHROCIN LACTOBIONATE....	42

ERYTHROCIN STEARATE.....	42	<i>ferrous sulfate</i>	79	FREAMINE III.....	120
<i>erythromycin</i>	43, 82, 129	FETZIMA.....	105	<i>fulvestrant</i>	15
<i>erythromycin base</i>	43	FETZIMA TITRATION.....	105	FUNGOID TINCTURE.....	132
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	43	FEVERALL ADULTS.....	31	<i>furosemide</i>	49, 50
ESBRIET.....	90	FEVERALL CHILDRENS.....	31	FUSION.....	79
<i>escitalopram oxalate</i>	105	FEVERALL INFANTS.....	31	FUSION PLUS.....	79
<i>esomeprazole magnesium</i>	71	FEVERALL JUNIOR STRENGTH...	32	FUZEON.....	34
ESTARYLLA.....	54	<i>fexofenadine hcl</i>	87	FYAVOLV.....	64
ESTER-C.....	122	FIASP.....	59	FYCOMPA.....	102
<i>estradiol</i>	63, 64	FIASP FLEXTOUCH.....	59	<i>gabapentin</i>	102
<i>estradiol valerate</i>	64	FIASP PENFILL.....	59	<i>galantamine hydrobromide</i>	104
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	64	<i>fiber</i>	72	<i>galantamine hydrobromide er</i>	104
<i>eszopiclone</i>	110	<i>fiber laxative</i>	72	GAMASTAN.....	24
<i>ethambutol hcl</i>	36	<i>fiber-lax</i>	72	GAMMAGARD.....	24
<i>ethosuximide</i>	102	<i>finasteride</i>	76	GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	24
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	54	FINTEPLA.....	102	GAMMAKED.....	24
<i>etodolac</i>	28	<i>first aid antibiotic</i>	130	GAMMAPLEX.....	24
<i>etodolac er</i>	28	FLAC.....	85	GAMUNEX-C.....	24
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	54	FLAREX.....	82	<i>ganciclovir sodium</i>	40
<i>etoposide</i>	22	FLEBOGAMMA DIF.....	24	GARDASIL 9.....	26
<i>etravirine</i>	34	<i>flecainide acetate</i>	45	<i>gas relief</i>	69
EUTHYROX.....	52	FLEET ENEMA.....	72	<i>gas relief drops infants</i>	69
<i>everolimus</i>	17, 25	FLORIVA PLUS.....	122	<i>gas relief extra strength</i>	69
EVOTAZ.....	36	FLOVENT DISKUS.....	91	<i>gas relief ultra strength</i>	69
EXEL COMFORT POINT PEN		FLOVENT HFA.....	91	<i>gatifloxacin</i>	82
NEEDLE.....	59	<i>fluconazole</i>	37	GATTEX.....	69
<i>exemestane</i>	15	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	37	GAVILYTE-C.....	72
EXKIVITY.....	17	<i>flucytosine</i>	37	GAVILYTE-G.....	72
<i>ezetimibe</i>	46	<i>fludrocortisone acetate</i>	64	GAVILYTE-N WITH FLAVOR	
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	46	<i>flunisolide</i>	91	PACK.....	72
<i>fabb</i>	122	<i>fluocinolone acetonide</i>	85, 133	GAVRETO.....	17
FABRAZYME.....	62	<i>fluocinolone acetonide body</i>	133	<i>gemcitabine hcl</i>	21
FALMINA.....	54	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	133	<i>gemfibrozil</i>	46
<i>famciclovir</i>	40	<i>fluocinonide</i>	134	<i>generlac</i>	72
<i>famotidine</i>	66	<i>fluocinonide emulsified base</i>	134	GENGRAF.....	25
<i>famotidine premixed</i>	66	<i>fluorometholone</i>	82	GENOTROPIN.....	62
FANAPT.....	107	<i>fluorouracil</i>	21, 135	GENOTROPIN MINIQUICK.....	62
FANAPT TITRATION PACK.....	107	<i>fluoxetine hcl</i>	105	GENTAK.....	82
FARXIGA.....	60	<i>fluphenazine decanoate</i>	107	<i>gentamicin in saline</i>	38
FARYDAK.....	17	<i>fluphenazine hcl</i>	107	<i>gentamicin sulfate</i>	38, 82, 130
FASENRA.....	90	<i>flurbiprofen</i>	28	GENTEAL TEARS.....	83
FASENRA PEN.....	90	<i>flurbiprofen sodium</i>	82	GENTEAL TEARS MODERATE PF	83
<i>felbamate</i>	102	<i>flutamide</i>	15	<i>gentle laxative</i>	72
<i>felodipine er</i>	48	<i>fluticasone propionate</i>	91, 134	GENVOYA.....	36
FEMYNOR.....	55	<i>fluvoxamine maleate</i>	100	GILENYA.....	100
<i>fenofibrate</i>	46	<i>folic acid</i>	122, 123	GILOTRIF.....	17
<i>fenofibrate micronized</i>	46	FOLITAB 500.....	79	<i>glatiramer acetate</i>	100
<i>fentanyl</i>	29	<i>folite</i>	123	GLATOPA.....	100
<i>fentanyl citrate</i>	30	FOLIVANE-F.....	79	<i>glimepiride</i>	60
FERAHEME.....	78	FOLIVANE-PLUS.....	79	<i>glipizide</i>	60
FERATE.....	78	FOLIXAPURE.....	123	<i>glipizide er</i>	60
FERIVA 21/7.....	78	FOLTABS 800.....	123	<i>glipizide xl</i>	60
FERIVAF.....	78	FOLTRATE.....	123	<i>glipizide-metformin hcl</i>	60
FEROSUL.....	78	FOLTREXYL.....	123	<i>global alcohol prep ease</i>	59
FERRALET 90.....	78	<i>fondaparinux sodium</i>	77	<i>glycerin (adult)</i>	72
<i>ferraplus 90</i>	78	FORTEO.....	65	<i>glycerin (infants & children)</i>	72
<i>ferretts</i>	78	<i>fosamprenavir calcium</i>	34	<i>glycerin (pediatric)</i>	72
FERRLECIT.....	78	<i>fosinopril sodium</i>	51	<i>glycerin adult</i>	72
<i>ferrous fumarate</i>	78	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	49	<i>glycerin childrens</i>	72
<i>ferrous gluconate</i>	78	FOTIVDA.....	17	<i>glycopyrrolate</i>	69

GLYDO	130	<i>gnp miconazole 7</i>	76	<i>goodsense tussin cf</i>	94
GLYXAMBI	60	<i>gnp milk of magnesia</i>	73	<i>granisetron hcl</i>	68
<i>gnp 8 hour arthritis relief</i>	32	<i>gnp nasal decongestant</i>	93	<i>grape flavor</i>	51
<i>gnp 8 hour pain relief</i>	32	<i>gnp nasal decongestant pe</i>	93	<i>griseofulvin microsize</i>	37
<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	32	<i>gnp nasal spray</i>	94	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	37
<i>gnp acetaminophen</i>	32	<i>gnp nasal spray extra moist</i>	94	<i>guaiaatussin ac</i>	94
<i>gnp acetaminophen ex st</i>	32	<i>gnp nasal spray fast acting</i>	94	<i>guaifenesin</i>	94
<i>gnp all day allergy</i>	87	<i>gnp natural fiber</i>	73	<i>guaifenesin-codeine</i>	94
<i>gnp all day allergy childrens</i>	87	<i>gnp nicotine</i>	112	<i>guaifenesin-dm</i>	94
<i>gnp all day allergy-d</i>	93	<i>gnp nicotine mini</i>	112	<i>guanfacine hcl</i>	50
<i>gnp allergy</i>	87	<i>gnp nicotine polacrilex</i>	112	<i>guanfacine hcl er</i>	110
<i>gnp allergy & congestion</i>	93	<i>gnp no drip nasal spray</i>	94	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	52
<i>gnp allergy antihistamine</i>	87	<i>gnp nose drops extra strength</i>	94	GVOKE PFS	52
<i>gnp allergy relief</i>	87	<i>gnp one daily plus iron</i>	123	H2Q	115
<i>gnp allergy/congestion relief</i>	93	<i>gnp pain & fever childrens</i>	32	HAEGARDA	77
<i>gnp antacid & anti-gas</i>	66, 67	<i>gnp pain & fever infants</i>	32	HAILEY 1.5/30	55
<i>gnp antacid regular strength</i>	67	<i>gnp pain relief</i>	32	HAILEY 24 FE	55
<i>gnp anti-diarrheal</i>	68	<i>gnp pain relief extra strength</i>	32	<i>halobetasol propionate</i>	134
<i>gnp anti-gas</i>	69	<i>gnp pediatric electrolyte</i>	117	<i>haloperidol</i>	107
<i>gnp anti-itch</i>	132	<i>gnp petroleum jelly</i>	51	<i>haloperidol decanoate</i>	107
<i>gnp antiseptic skin cleanser</i>	135	<i>gnp pink bismuth</i>	68	<i>haloperidol lactate</i>	107
<i>gnp arthritis pain relief</i>	32	<i>gnp prenatal</i>	123	HARVONI	40
<i>gnp artificial tears</i>	83	<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr</i>	94	HAVRIX	26
<i>gnp aspirin</i>	32	<i>gnp senna lax</i>	73	HEATHER	55
<i>gnp athletes foot</i>	132	<i>gnp stool softener</i>	73	HEMATOGEN	79
<i>gnp bacitracin zinc</i>	130	<i>gnp stool softener/laxative</i>	73	HEMATOGEN FA	79
<i>gnp calcium</i>	118	<i>gnp suphedrin</i>	94	HEMATOGEN FORTE	79
<i>gnp calcium 500 +d3</i>	118	<i>gnp terbinafine hydrochloride</i>	132	HEMOCYTE PLUS	79
<i>gnp calcium citrate +d3</i>	118	<i>gnp tolinaftate</i>	132	HEMOCYTE-F	79
<i>gnp capsaicin</i>	135	<i>gnp triple antibiotic</i>	130	<i>heparin (porcine) in nacl</i>	77
<i>gnp childrens allergy</i>	87	<i>gnp triple antibiotic plus</i>	130	<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	77
<i>gnp childrens complete</i>	123	<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	94	<i>heparin sodium (porcine)</i>	77
<i>gnp childrens ibuprofen</i>	28	<i>gnp tussin cough long acting</i>	94	HEPATAMINE	120
<i>gnp clotrimazole 3</i>	76	<i>gnp tussin dm</i>	94	HERCEPTIN	17
<i>gnp co q10</i>	114	<i>gnp tussin dm cough</i>	94	HERCEPTIN HYLECTA	17
<i>gnp cough dm er</i>	93	<i>gnp tussin mucus & chest cong</i>	94	HERZUMA	17
<i>gnp earwax removal drops</i>	136	<i>gnp vitamin c</i>	123	HETLIOZ	110
<i>gnp earwax removal kit</i>	136	<i>gnp vitamin c drops</i>	123	HIBERIX	26
<i>gnp electrolyte solution</i>	117	<i>gnp vitamin d-400</i>	123	HISTEX-AC	94
<i>gnp enema</i>	72	<i>gnp womens gentle laxative</i>	73	<i>hm acetaminophen childrens</i>	32
<i>gnp essential one daily</i>	123	<i>gnp zinc oxide</i>	135	<i>hm adult aspirin</i>	32
<i>gnp gas relief</i>	69	GOLYTELY	73	<i>hm advanced antacid max st</i>	67
<i>gnp gas relief extra strength</i>	69	GONAK	83	<i>hm all day allergy</i>	87
<i>gnp gentle laxative</i>	72	<i>goodsense all day allergy</i>	87	<i>hm all day allergy childrens</i>	87
<i>gnp glycerin (adult)</i>	72	<i>goodsense aller-ease</i>	87	<i>hm allergy & congestion</i>	94
<i>gnp glycerin child</i>	72	<i>goodsense allergy relief</i>	87	<i>hm allergy complete-d</i>	94
<i>gnp healthy eyes supervision</i>	123	<i>goodsense arthritis pain</i>	32	<i>hm allergy relief</i>	87
<i>gnp ibuprofen infants</i>	28	<i>goodsense aspirin</i>	32	<i>hm allergy relief childrens</i>	87
<i>gnp ibuprofen junior strength</i>	28	<i>goodsense cough dm</i>	94	<i>hm allergy relief/nasal decong</i>	95
<i>gnp infants pain/fever</i>	32	<i>goodsense cough dm childrens</i>	94	<i>hm antacid</i>	67
<i>gnp iron</i>	79	<i>goodsense epsom salt</i>	73	<i>hm antacid anti-gas ex st</i>	67
<i>gnp laxative</i>	72	<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	28	<i>hm antacid/antigas</i>	67
<i>gnp lice treatment</i>	134	<i>goodsense ibuprofen infants</i>	28	<i>hm anti-diarrheal</i>	68
<i>gnp little ones childrens</i>	123	<i>goodsense lubricating eye drop</i>	83	<i>hm antiseptic skin cleanser</i>	135
<i>gnp loratadine</i>	87	<i>goodsense nicotine</i>	112	<i>hm arthritis pain relief</i>	32
<i>gnp loratadine childrens</i>	87	<i>goodsense pain & fever child</i>	32	<i>hm aspirin</i>	32
<i>gnp lubricating plus eye drops</i>	83	<i>goodsense pain & fever infants</i>	32	<i>hm aspirin ec</i>	32
<i>gnp melatonin</i>	115	<i>goodsense pain relief</i>	32	<i>hm bacitracin zinc</i>	130
<i>gnp melatonin maximum strength</i>	115	<i>goodsense pain relief extra st</i>	32	<i>hm cetirizine hcl</i>	87
<i>gnp miconazole 3</i>	76	<i>goodsense stomach relief</i>	68	<i>hm cetirizine hcl childrens</i>	87

<i>hm coq10</i>	115	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS		INJECTAFER.....	79
<i>hm cough dm</i>	95	START.....	23	INLYTA.....	17
<i>hm dry eye relief</i>	83	HUMIRA PEN-PSOR/UEIT		INQOVI.....	21
<i>hm earwax removal aid</i>	136	STARTER.....	23	INREBIC.....	17
<i>hm earwax removal kit</i>	136	HUMULIN R U-500		INTEGRA.....	79
<i>hm enema</i>	73	(CONCENTRATED).....	59	INTEGRA F.....	79
<i>hm fexofenadine hcl</i>	88	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	59	INTEGRA PLUS.....	79
<i>hm gas relief</i>	70	HYCODAN.....	95	INTELENCE.....	34
<i>hm gas relief infants drops</i>	69	<i>hydralazine hcl</i>	50	INTRALIPID.....	120
<i>hm ibuprofen childrens</i>	28	<i>hydrochlorothiazide</i>	50	INTRON A.....	25
<i>hm ibuprofen ib</i>	28	<i>hydrocod polst-cpm polst er</i>	95	INTROVALE.....	55
<i>hm ibuprofen infants</i>	28	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	29	INVEGA SUSTENNA.....	107, 108
<i>hm laxative</i>	73	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	30	INVEGA TRINZA.....	108
<i>hm lice killing max st</i>	134	<i>hydrocodone-homatropine</i>	95	INVIRASE.....	35
<i>hm lice treatment</i>	134	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	30	IPOL.....	26
<i>hm loratadine</i>	88	<i>hydrocortisone</i>	64, 70, 134	<i>ipratropium bromide</i>	85
<i>hm loratadine childrens</i>	88	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	135	<i>ipratropium-albuterol</i>	89
<i>hm lubricating plus</i>	83	<i>hydromet</i>	95	<i>irbesartan</i>	45
<i>hm lubricating tears</i>	83	<i>hydromorphone hcl</i>	30	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	49
<i>hm milk of magnesia</i>	73	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	123	IRESSA.....	17
<i>hm nasal decongestant</i>	95	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	24	<i>irinotecan hcl</i>	22
<i>hm nasal decongestant 12 hour</i>	95	<i>hydroxyurea</i>	22	<i>iron</i>	79
<i>hm nasal decongestant pe</i>	95	<i>hydroxyzine hcl</i>	88	<i>iron chews pediatric</i>	79
<i>hm nasal spray</i>	95	<i>hydroxyzine pamoate</i>	88	ISENTRESS.....	35
<i>hm niacin</i>	123	HYSINGLA ER.....	29	ISENTRESS HD.....	35
<i>hm nicotine</i>	112	<i>ibandronate sodium</i>	65	ISIBLOOM.....	55
<i>hm nicotine polacrilex</i>	112, 113	IBRANCE.....	17	ISOLYTE-P IN D5W.....	115
<i>hm nose drops</i>	95	IBU.....	28	ISOLYTE-S.....	115
<i>hm pain & fever childrens</i>	33	<i>ibuprofen</i>	28	ISOLYTE-S PH 7.4.....	115
<i>hm pain & fever infants</i>	33	<i>ibuprofen childrens</i>	28	<i>isoniazid</i>	36
<i>hm pain relief</i>	33	<i>ibuprofen infants drops</i>	28	ISOPTO ATROPINE.....	83
<i>hm pain relief extra strength</i>	33	<i>ibuprofen junior strength</i>	28	ISOPTO TEARS.....	83
<i>hm pain reliever</i>	33	ICAPS.....	123	<i>isosorbide dinitrate</i>	51
<i>hm petroleum jelly</i>	51	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	123	<i>isosorbide mononitrate</i>	51
<i>hm povidone-iodine</i>	135	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN...	123	<i>isosorbide mononitrate er</i>	51
<i>hm senna</i>	73	<i>icatibant acetate</i>	77	<i>isotretinoin</i>	129
<i>hm sinus nasal spray</i>	95	ICLEVIA.....	55	<i>isradipine</i>	48
<i>hm stomach relief</i>	68	ICLUSIG.....	17	<i>itch relief extra strength</i>	132
<i>hm stool softener</i>	73	IDHIFA.....	17	<i>itraconazole</i>	37
<i>hm stool softener/laxative</i>	73	IFEREX 150.....	79	<i>ivermectin</i>	38
<i>hm triple antibiotic</i>	130	ILEVRO.....	82	IXIARO.....	26
<i>hm triple antibiotic max st</i>	130	<i>imatinib mesylate</i>	17	JAKAFI.....	17
<i>hm tussin adult</i>	95	IMBRUVICA.....	17	JANTOVEN.....	77
<i>hm tussin adult dm</i>	95	<i>imipenem-cilastatin</i>	38	JANUMET.....	60
<i>hm vitamin b100 complex</i>	123	<i>imipramine hcl</i>	105	JANUMET XR.....	60
<i>hm vitamin b12</i>	123	<i>imiquimod</i>	135	JANUVIA.....	60
<i>hm vitamin b-12 tr</i>	123	IMOVAX RABIES.....	26	JARDIANCE.....	61
<i>hm vitamin b50 complex</i>	123	INCASSIA.....	55	JASMIEL.....	55
<i>hm vitamin c tr</i>	123	INCRELEX.....	62	JENTADUETO.....	61
<i>hm vitamin e</i>	123	INCRUSE ELLIPTA.....	85	JENTADUETO XR.....	61
<i>hm zinc</i>	118	<i>indapamide</i>	50	JINTELI.....	64
HUMIRA.....	23	INFANRIX.....	26	JOLESSA.....	55
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS		<i>infants gas relief</i>	70	JULEBER.....	55
START.....	23	<i>infants ibuprofen</i>	29	JULUCA.....	36
HUMIRA PEN.....	23	<i>infants simethicone</i>	70	JUNEL 1.5/30.....	55
HUMIRA PEN-CD/UC/HS		INFED.....	79	JUNEL 1/20.....	55
STARTER.....	23	<i>infliximab</i>	23	JUNEL FE 1.5/30.....	55
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC		INFUVITE ADULT.....	123	JUNEL FE 1/20.....	55
START.....	23	INFUVITE PEDIATRIC.....	124	JUNEL FE 24.....	55
		INGREZZA.....	110	KADCYLA.....	17

KAITLIB FE.....	55	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	18	LOKELMA.....	53
KALYDECO.....	90	LESSINA.....	55	LOMAIRA.....	113
KANJINTI.....	17	letrozole.....	15	LONSURF.....	21
KARIVA.....	55	leucovorin calcium.....	21	loperamide hcl.....	68, 70
kcl in dextrose-nacl.....	115	LEUKERAN.....	15	lopinavir-ritonavir.....	36, 37
KELNOR 1/35.....	55	leuprolide acetate.....	15	loratadine.....	88
KELNOR 1/50.....	55	levabuterol hcl.....	89	loratadine childrens.....	88
KERR TRIPLE DYE SWABS.....	135	levabuterol tartrate.....	89	loratadine-d 12hr.....	95
ketoconazole.....	37, 132, 133	LEVEMIR.....	59	loratadine-d 24hr.....	95
KETO-DIASTIX.....	62	LEVEMIR FLEXTOUCH.....	59	lorazepam.....	100
ketorolac tromethamine.....	82	levetiracetam.....	102	LORAZEPAM INTENSOL.....	100
KEYTRUDA.....	17	levetiracetam er.....	102	LORBRENA.....	18
KINRIX.....	26, 27	levetiracetam in nacl.....	102	LORYNA.....	56
KISQALI (200 MG DOSE).....	18	levobunolol hcl.....	81	losartan potassium.....	45
KISQALI (400 MG DOSE).....	18	levocarnitine.....	62	losartan potassium-hctz.....	49
KISQALI (600 MG DOSE).....	18	levocetirizine dihydrochloride.....	88	LOTEMAX.....	82
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	22	levofloxacin.....	43	lovastatin.....	46
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	22	levofloxacin in d5w.....	43	LOW-OGESTREL.....	56
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE).....	22	LEVONEST.....	55	loxapine succinate.....	108
KLOR-CON.....	116	levonorgest-eth est & eth est.....	55	lubricant eye drops.....	83
KLOR-CON 10.....	116	levonorgest-eth estrad 91-day.....	55	lubricating eye drops.....	83
KLOR-CON M10.....	116	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	55	lubricating plus eye drops.....	83
KLOR-CON M15.....	116	levonorg-eth estrad triphasic.....	56	LUMAKRAS.....	18
KLOR-CON M20.....	116	LEVORA 0.15/30 (28).....	56	LUMIGAN.....	81
KORLYM.....	62	LEVO-T.....	52	LUMIZYME.....	62
kp ferrous sulfate.....	79	levothyroxine sodium.....	52	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	15
KURVELO.....	55	LEVOXYL.....	52	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	15
KYNMOBI.....	99	LEXIVA.....	35	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	63
labetalol hcl.....	47	lice killing.....	134	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	63
lactated ringers.....	115	lice killing maximum strength.....	134	LUTERA.....	56
lactulose.....	73	lice treatment.....	134	LYLEQ.....	56
lactulose encephalopathy.....	73	lidocaine.....	130	LYLLANA.....	64
lamivudine.....	35, 40	lidocaine hcl.....	34, 130	LYNPARZA.....	18
lamivudine-zidovudine.....	36	lidocaine hcl (pf).....	34	LYSODREN.....	15
lamotrigine.....	102	lidocaine hcl urethral/mucosal.....	130	LYZA.....	56
lamotrigine er.....	102	lidocaine pain relief.....	135	M.V.I. ADULT.....	124
lansoprazole.....	71	lidocaine pain relieving.....	135	M.V.I. PEDIATRIC.....	124
lapatinib ditosylate.....	18	lidocaine viscous hcl.....	129	mag-al plus.....	67
LARIN 1.5/30.....	55	lidocaine-prilocaine.....	130	mag-al plus xs.....	67
LARIN 1/20.....	55	LILLOW.....	56	magdelay.....	118
LARIN 24 FE.....	55	linezolid.....	38	mag-g.....	118
LARIN FE 1.5/30.....	55	linezolid in sodium chloride.....	38	MAGNEBIND 300.....	118
LARIN FE 1/20.....	55	LINZESS.....	70	MAGNEBIND 400.....	118
LARISSIA.....	55	liothyronine sodium.....	52	magnesium.....	118
LASTACAPT.....	80	liquid acetaminophen.....	33	magnesium 27.....	118
latanoprost.....	81	liquid allergy relief.....	88	magnesium chloride.....	118
LATUDA.....	108	lisinopril.....	51	magnesium oxide.....	67, 118
laxative max str.....	73	lisinopril-hydrochlorothiazide.....	49	magnesium sulfate.....	115
LAYOLIS FE.....	55	lithium.....	110	magnesium sulfate in d5w.....	115
LEENA.....	55	lithium carbonate.....	110	malathion.....	134
leflunomide.....	24	lithium carbonate er.....	110	manganese chloride.....	118
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)....	18	l-methylfolate calcium.....	124	mapap.....	33
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)....	18	l-methylfolate-b6-b12.....	124	mapap arthritis pain.....	33
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)....	18	l-methyl-mc.....	124	MAPAP CHILDRENS.....	33
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)....	18	l-methyl-mc nac.....	124	MAR-COF CG EXPECTORANT.....	95
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)....	18	LOESTRIN 1.5/30 (21).....	56	marlissa.....	56
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)....	18	LOESTRIN 1/20 (21).....	56	MARPLAN.....	105
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	18	LOESTRIN FE 1.5/30.....	56	MATULANE.....	22
		LOESTRIN FE 1/20.....	56	MAVYRET.....	40
		lohist-dm.....	95	MAXIMUM D3.....	124

<i>maxi-tuss ac</i>	95	MICROGESTIN 1.5/30.....	56	<i>nafcillin sodium</i>	44
<i>maxi-tuss cd</i>	95	MICROGESTIN 1/20.....	56	NAGLAZYME.....	63
<i>maxi-tuss g</i>	95	MICROGESTIN FE 1.5/30.....	56	<i>nalbuphine hcl</i>	30
<i>maxi-tuss gmx</i>	95	MICROGESTIN FE 1/20.....	56	<i>naloxone hcl</i>	113
<i>m-clear wc</i>	95	<i>midodrine hcl</i>	50	<i>naltrexone hcl</i>	113
<i>m-dryl</i>	88	<i>miglustat</i>	63	NAMZARIC.....	104
<i>meclizine hcl</i>	68	MILI.....	56	NAPHCN-A.....	80
<i>medroxyprogesterone acetate</i> ... 56, 65		<i>milk of magnesia</i>	73	<i>naproxen</i>	29
<i>mefloquine hcl</i>	40	MIMVEY.....	64	<i>naproxen sodium</i>	29
<i>megestrol acetate</i> 15, 65		<i>minocycline hcl</i>	44	<i>naratriptan hcl</i>	111
MEKINIST.....	18	<i>minoxidil</i>	50	NARCAN.....	113
MEKTOVI.....	18	<i>mintox maximum strength</i>	67	<i>nasal decongestant</i>	96
<i>melatonin</i> 51, 115		MINTOX PLUS.....	67	<i>nasal decongestant max st</i>	96
<i>meloxicam</i>	29	<i>mirtazapine</i>	105	<i>nasal decongestant pe</i>	96
<i>memantine hcl</i>	104	<i>misoprostol</i>	70	<i>nasal decongestant spray</i>	96
<i>memantine hcl er</i>	104	MITIGARE.....	34	<i>nasal four</i>	96
MENACTRA.....	27	M-M-R II.....	27	<i>nasal relief</i>	96
MENQUADFI.....	27	<i>m-natal plus</i>	116	<i>nasal spray 12 hour</i>	96
MENVEO.....	27	<i>moexipril hcl</i>	51	<i>nasal spray extra moisturizing</i>	96
MEPHYTON.....	124	<i>molindone hcl</i>	108	NASCOBAL.....	124
<i>mercaptapurine</i>	21	<i>mometasone furoate</i>	134	NATACYN.....	82
<i>meropenem</i>	38	MONJUVI.....	18	<i>nateglinide</i>	61
<i>mesalamine</i>	71	MONO-LINYAH.....	56	NATPARA.....	65
<i>mesalamine er</i>	71	<i>montelukast sodium</i> 91, 92		NAYZILAM.....	102
<i>mesalamine-cleanser</i>	71	<i>morphine sulfate</i>	30	<i>nebivolol hcl</i>	47
MESNEX.....	21	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	30	NECON 0.5/35 (28).....	56
METADATE ER.....	110	<i>morphine sulfate (pf)</i>	30	<i>nefazodone hcl</i>	105
<i>metformin hcl</i>	61	<i>morphine sulfate er</i>	29	<i>neomycin sulfate</i>	39
<i>metformin hcl er</i>	61	MOVANTIK.....	70	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	82
<i>methadone hcl</i>	29	<i>moxifloxacin hcl</i>	43, 82	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	81
METHADONE HCL INTENSOL.....	29	<i>m-pap</i>	33	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	82
<i>methazolamide</i>	50	MUCINEX CHILDRENS STUFFY.....		<i>neomycin-polymyxin-hc</i> 81, 85	
<i>methenamine hippurate</i>	38	NOSE.....	95	NEPHPLEX RX.....	124
<i>methimazole</i>	52	MUCINEX FAST-MAX CHEST.....		NEPHRON FA.....	79
<i>methocarbamol</i>	100	CONG MS.....	95	NERLYNX.....	18
<i>methotrexate</i>	24	MUCINEX SINUS-MAX CLEAR &.....		NEUPRO.....	99
<i>methotrexate sodium</i>	21	COOL.....	96	<i>nevirapine</i>	35
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	21	<i>mucus & chest congestion</i>	96	<i>nevirapine er</i>	35
<i>methyl dopa</i>	50	<i>mucus relief chest congestion</i>	96	NEXAVAR.....	18
<i>methylphenidate hcl</i>	110	MULTAQ.....	45	<i>niacin</i>	125
<i>methylphenidate hcl er</i>	110	<i>multiple vitamins essential</i>	124	<i>niacin er</i> 124, 125	
<i>methylprednisolone</i>	64	MULTITRACE-4 NEONATAL.....	120	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	46
<i>methylprednisolone acetate</i>	64	MULTITRACE-4 PEDIATRIC.....	120	<i>niacinamide</i>	125
<i>methylprednisolone sodium succ</i>	64	MULTITRACE-5.....	120	<i>nicardipine hcl</i>	48
<i>metoclopramide hcl</i>	68	<i>multitrace-5 concentrate</i>	120	NICODERM CQ.....	113
<i>metolazone</i>	50	<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	124	NICOMIDE.....	125
<i>metoprolol succinate er</i>	47	<i>multivitamin/fluoride</i>	124	<i>nicotine</i>	113
<i>metoprolol tartrate</i>	47	<i>multivitamin/fluoride/iron</i>	124	<i>nicotine mini</i>	113
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	48	<i>multi-vitamins</i>	124	<i>nicotine polacrilex</i>	113
<i>metronidazole</i> 38, 76, 135, 136		<i>mupirocin</i>	130	<i>nicotine step 1</i>	113
<i>metronidazole in nacl</i>	38	MURO 128.....	83	<i>nicotine step 2</i>	113
<i>metyrosine</i>	50	MVASI.....	18	<i>nicotine step 3</i>	113
MI-ACID.....	67	MVC-FLUORIDE.....	124	NICOTROL.....	113
<i>mi-acid gas relief</i>	70	<i>mycophenolate mofetil</i>	25	NICOTROL NS.....	113
<i>micafungin sodium</i>	37	<i>mycophenolate sodium</i>	25	<i>nifedipine er</i>	48
<i>miconazole 3 applicator</i>	76	MYORISAN.....	130	<i>nifedipine er osmotic release</i>	48
<i>miconazole 3 combo-suppl</i>	76	MYRBETRIQ.....	75	NIFEREX.....	79
<i>miconazole 7</i>	76	<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	79	NIKKI.....	56
<i>miconazole nitrate</i> 76, 132		<i>nabumetone</i>	29	<i>nilutamide</i>	15
MICRO GUARD.....	132	<i>nadolol</i>	47	<i>nimodipine</i>	48

NINJACOF-XG	96	NYSTOP	132	pain relief extra strength	33
NINLARO	18	OCELLA	57	pain relief regular strength	33
nitazoxanide	39	OCTAGAM	25	paliperidone er	108
nitisinone	63	octreotide acetate	63	pamidronate disodium	65
NITRO-BID	51	OCUVITE ADULT 50+	125	pan-c 500/bioflavonoids	125
nitrofurantoin macrocrystal	39	OCUVITE ADULT FORMULA	125	PANRETIN	136
nitrofurantoin monohyd macro	39	ODEFSEY	37	pantoprazole sodium	71
nitroglycerin	51	ODOMZO	18	PANZYGA	25
nizatidine	66	OFEV	90	PARAPLATIN	15
no drip nasal spray	96	ofloxacin	82, 85	paricalcitol	53
NORA-BE	56	OGIVRI	18	paromomycin sulfate	39
norethin ace-eth estrad-fe	56	olanzapine	108	paroxetine hcl	106
norethindrone	56	olmesartan medoxomil	45	PASER	36
norethindrone acetate	65	olmesartan medoxomil-hctz	49	PAXIL	106
norethindrone acet-ethinyl est	56	olmesartan-amlodipine-hctz	49	ped electrolyte freezer pops	117
norethindrone-eth estradiol	64	olopatadine hcl	80	PEDIA-LAX	73
norethin-eth estradiol-fe	56	omeprazole	71	PEDIARIX	27
norgestimate-eth estradiol	57	OMNIPOD 5 PACK	59	pediatric electrolyte	117
norgestim-eth estrad triphasic	57	OMNIPOD DASH 5 PACK PODS	59	PEDVAX HIB	27
NORLYROC	57	OMNIPOD STARTER	59	peg 3350	73
NORPACE CR	45	once daily	125	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	73
NORTREL 0.5/35 (28)	57	once daily/liron	125	peg-3350/electrolytes	74
NORTREL 1/35 (21)	57	ondansetron	69	PEGASYS	40
NORTREL 1/35 (28)	57	ondansetron hcl	69	PEMAZYRE	18
NORTREL 7/7/7	57	one daily	125	penicillamine	53
nortriptyline hcl	105, 106	ONTRUZANT	18	penicillin g pot in dextrose	44
NORVIR	35	ONUREG	21	penicillin g potassium	44
norwegian cod liver oil	125	OPSUMIT	51	penicillin g procaine	44
NOVAFERRUM	79	ORALYTE	117	penicillin g sodium	44
NOVAFERRUM 50	79	ORALYTE FREEZER POPS	117	penicillin v potassium	44
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON	125	ORA-PLUS	51	PENTACEL	27
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS	80	ORASEP	129	pentamidine isethionate	39
NOVOLIN 70/30	59	ORGOVYX	16	pentoxifylline er	77
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	59	ORKAMBI	90	PENTRAVAN	136
NOVOLIN N	59	ORSYTHIA	57	PENTRAVAN PLUS	136
NOVOLIN N FLEXPEN	59	OS-CAL	118	peptic relief	68
NOVOLIN R	59	oseltamivir phosphate	40	perindopril erbumine	51
NOVOLIN R FLEXPEN	59	oxacillin sodium	44	PERIOGARD	129
NOVOLOG	59	oxaliplatin	15	PERIOMED	129
NOVOLOG FLEXPEN	59	oxandrolone	53	permethrin	134
NOVOLOG MIX 70/30	59	oxcarbazepine	102	perphenazine	108
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	59	oxybutynin chloride	75	PERSERIS	108
NOVOLOG PENFILL	59	oxybutynin chloride er	75	petrolatum	52
NOXAFIL	37	oxycodone hcl	30	PFIZERPEN	44
NUBEQA	15	oxycodone-acetaminophen	30	pharbedryl	88
NUDEXTA	110	OXYCONTIN	29	PHARBETOL	33
NUFERA	80	OYSCO 500	119	PHARBETOL EXTRA STRENGTH	33
NU-IRON	80	OYSCO 500+D	119	PHAZYME MAXIMUM STRENGTH	70
NULOJIX	26	oyster shell calcium	119	phendimetrazine tartrate	113
NULYTELY LEMON-LIME	73	oyster shell calcium 500 + d	119	phendimetrazine tartrate er	113
NU-MAG	118	oyster shell calcium w/d	119	phenelzine sulfate	106
NUPLAZID	108	oyster shell calcium/d	119	phenobarbital	102
NUTRILIPID	120	oyster shell calcium/vitamin d	119	phenobarbital sodium	102
NYAMYC	132	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	61	phentermine hcl	113, 114
NYLIA 7/7/7	57	OZEMPIC (1 MG/DOSE)	61	PHENYTEK	102
NYMALIZE	48	PACERONE	45	phenytoin	102
NYMYO	57	paclitaxel	22	phenytoin sodium	103
nystatin	37, 129, 132	pain & fever childrens	33	phenytoin sodium extended	103
		pain & fever infants	33	PHESGO	19
				PHILITH	57

<i>phytonadione</i>	125	<i>primaquine phosphate</i>	40	<i>qc loratadine-d</i>	96
PIFELTRO.....	35	<i>primidone</i>	103	<i>qc miconazole 7</i>	76
<i>pilocarpine hcl</i>	81, 129	PRIVIGEN.....	25	<i>qc milk of magnesia</i>	74
<i>pimozide</i>	108	<i>probenecid</i>	34	<i>qc natural vegetable</i>	74
PIMTREA.....	57	PROCALAMINE.....	120	<i>qc natural vegetable laxative</i>	74
<i>pindolol</i>	47	<i>prochlorperazine</i>	69	<i>qc non-aspirin childrens</i>	33
<i>pioglitazone hcl</i>	61	<i>prochlorperazine edisylate</i>	69	<i>qc non-aspirin extra strength</i>	33
<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	44	<i>prochlorperazine maleate</i>	69	<i>qc pain relief</i>	33
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	19	PROCRIT.....	78	<i>qc pain relief childrens</i>	33
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	19	PROCTO-MED HC.....	136	<i>qc pain relief extra strength</i>	33
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	19	PROCTO-PAK.....	136	<i>qc povidone iodine</i>	136
PIRMELLA 1/35.....	57	PROCTOSOL HC.....	136	<i>qc stool softener</i>	74
<i>piroxicam</i>	29	PROCTOZONE-HC.....	136	<i>qc stool softener pls laxative</i>	74
PLASMA-LYTE 148.....	115	PROGRAF.....	26	<i>qc suphedrine maximum strength</i>	96
PLASMA-LYTE A.....	115	PROLASTIN-C.....	90	<i>qc tolinaftate</i>	132
PLENAMINE.....	120	PROLENSA.....	83	<i>qc triple antibiotic max st</i>	130
PLENVU.....	74	PROLIA.....	65	<i>qc tussin cf</i>	96
<i>podofilox</i>	136	PROMACTA.....	78	<i>qc tussin dm cough/congestion</i>	96
<i>poly vitamin</i>	125	<i>promethazine hcl</i>	69	<i>qc tussin mucus/congestion</i>	97
<i>polyethylene glycol 3350</i>	52	<i>promethazine-codeine</i>	96	QINLOCK.....	19
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	82	<i>promethazine-dm</i>	96	Q-SORB.....	115
<i>poly-tussin ac</i>	96	<i>promethazine-phenyleph-codeine</i>	96	Q-SORB CO Q-10.....	115
<i>polyvitamin/iron</i>	125	<i>propafenone hcl</i>	45	QSYMIA.....	114
POMALYST.....	22	<i>propafenone hcl er</i>	45	QUADRACEL.....	27
PORTIA-28.....	57	<i>proparacaine hcl</i>	83	<i>quetiapine fumarate</i>	108
<i>posaconazole</i>	37	<i>propranolol hcl</i>	47	<i>quetiapine fumarate er</i>	108
<i>potassium chloride</i>	116	<i>propranolol hcl er</i>	47	<i>quinapril hcl</i>	51
<i>potassium chloride crys er</i>	116	<i>propylthiouracil</i>	52	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	49
<i>potassium chloride er</i>	116	PROQUAD.....	27	<i>quinidine sulfate</i>	45
<i>potassium chloride in dextrose</i>	115	PROSOL.....	120	<i>quinine sulfate</i>	40
<i>potassium chloride in nacl</i>	116	<i>protriptyline hcl</i>	106	<i>ra balanced b-100</i>	125
<i>potassium citrate er</i>	76	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	96	<i>ra balanced b-50</i>	125
<i>povidone-iodine</i>	136	<i>pseudoephedrine hcl</i>	96	<i>ra coenzyme q-10</i>	115
PRALUENT.....	46	<i>pseudoephedrine hcl er</i>	96	<i>ra vitamin b-1</i>	125
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	99	PULMICORT FLEXHALER.....	91	<i>ra vitamin b12</i>	125
<i>prasugrel hcl</i>	80	PULMOZYME.....	90	<i>ra vitamin c cr</i>	125
<i>pravastatin sodium</i>	46	<i>purevit dualfe plus</i>	80	RABAVERT.....	27
<i>praziquantel</i>	39	PURIXAN.....	21	<i>rabeprazole sodium</i>	71
<i>prazosin hcl</i>	45	<i>pyrazinamide</i>	36	<i>raloxifene hcl</i>	63
<i>prednisolone</i>	65	<i>pyridostigmine bromide</i>	110	<i>ramipril</i>	51
<i>prednisolone acetate</i>	83	<i>pyridoxine hcl</i>	125	<i>ranolazine er</i>	50
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	65, 83	<i>qc all day allergy</i>	88	<i>rasagiline mesylate</i>	99
<i>prednisone</i>	65	<i>qc antacid</i>	67	RAYALDEE.....	53
PREDNISONE INTENSOL.....	65	<i>qc antacid/anti-gas</i>	67	RECLIPSEN.....	57
<i>preferred plus insulin syringe</i>	59	<i>qc anti-diarrheal</i>	68	RECOMBIVAX HB.....	27
<i>pregabalin</i>	103	<i>qc anti-itch extra strength</i>	132	RECTIV.....	136
<i>pregabalin er</i>	110	<i>qc arthritis pain relief</i>	33	<i>reeses pinworm medicine</i>	39
PREMASOL.....	120	<i>qc aspirin</i>	33	REFRESH.....	84
<i>prenatal</i>	116, 125	<i>qc calamine</i>	136	REFRESH CELLUVISC.....	83
<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	116	<i>qc childrens allergy</i>	88	REFRESH LIQUIGEL.....	83
<i>prenatal vitamins</i>	125	<i>qc childrens ibuprofen</i>	29	REFRESH OPTIVE.....	84
PRESERVISION AREDS.....	125	<i>qc diarrhea relief</i>	68	REFRESH OPTIVE ADVANCED.....	84
PRESERVISION AREDS 2.....	125	<i>qc enema</i>	74	REFRESH OPTIVE ADVANCED	
PRESERVISION/LUTEIN.....	125	<i>qc enteric aspirin</i>	33	PF.....	83
PREVALITE.....	46	<i>qc epsom salt</i>	74	REFRESH OPTIVE MEGA-3.....	84
PREVIFEM.....	57	<i>qc fexofenadine hydrochloride</i>	88	REFRESH OPTIVE PF.....	84
PREVYMIS.....	40	<i>qc fiber laxative</i>	74	REFRESH PLUS.....	84
PREZCOBIX.....	37	<i>qc gas relief extra strength</i>	70	REFRESH RELIEVA.....	84
PREZISTA.....	35	<i>qc gentle laxative</i>	74	REFRESH TEARS.....	84
PRIFTIN.....	36	<i>qc loratadine allergy relief</i>	88	REGRANEX.....	130

RELENZA DISKHALER.....	40	SAJAZIR.....	78	sm allergy childrens.....	88
RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	59	SANDIMMUNE.....	26	sm allergy relief.....	88
RELISTOR.....	70	SANTYL.....	130	sm animal shapes kids first.....	126
REMEDY ANTIFUNGAL.....	132	sapropterin dihydrochloride.....	63	sm antacid advanced.....	67
REMEDY PHYTOPLEX		sb allergy relief/nasal decong.....	97	sm antacid advanced max st.....	67
ANTIFUNGAL.....	132	sb lice killing max st.....	135	sm antacid maximum strength.....	67
REMICADE.....	23	sb oyster shell calcium.....	119	sm antacid/antigas.....	67
RENAL.....	125	scopolamine.....	69	sm antibiotic.....	131
rena-vite.....	125	SECUADO.....	109	sm anti-diarrheal.....	68
RENFLEXIS.....	23	selegiline hcl.....	100	sm antifungal clotrimazole.....	132
reno caps.....	125	selenious acid.....	120	sm antifungal miconazole.....	132
repaglinide.....	61	selenium sulfide.....	133	sm antifungal tolinaftate.....	132
RESTASIS.....	84	SELZENTRY.....	35	sm anti-itch extra strength.....	132
RESTASIS MULTIDOSE.....	84	SENEXON-S.....	74	sm antiseptic skin cleanser.....	136
RESTORA RX.....	70	senna.....	74	sm arthritis pain relief.....	34
RETEVMO.....	19	senna laxative.....	74	sm aspirin.....	34
REVLIMID.....	22	senna plus.....	74	sm aspirin ec.....	34
REXULTI.....	108	senna s.....	74	sm athletes foot.....	132
REYATAZ.....	35	senna-lax.....	74	sm b100 complex.....	126
REZUROCK.....	26	senna-s.....	74	sm balanced b-50.....	126
RHOPRESSA.....	81	senna-tabs.....	74	sm b-complex.....	126
RIABNI.....	19	senna-time.....	74	sm calamine.....	136
ribavirin.....	40	senna-time s.....	74	sm calamine phenolated.....	136
RID LICE KILLING SHAMPOO.....	135	SENNO.....	74	sm calcium 600/vitamin d.....	119
rifabutin.....	36	SEREVENT DISKUS.....	89	sm calcium citrate w/vit d3.....	119
rifampin.....	36	sertraline hcl.....	106	sm calcium-magnesium-zinc.....	119
riluzole.....	110	se-tan plus.....	80	sm chewable c.....	126
rimantadine hcl.....	41	SETLAKIN.....	57	sm childrens ibuprofen.....	29
RINVOQ.....	23	sevelamer carbonate.....	52	sm childrens loratadine.....	88
risedronate sodium.....	65	SHAROBEL.....	57	sm clotrimazole vaginal.....	76
RISPERDAL CONSTA.....	109	SHINGRIX.....	27	sm coenzyme q-10.....	115
risperidone.....	109	SIGNIFOR.....	63	sm cough dm.....	97
ritonavir.....	35	silace.....	74	sm cough dm childrens.....	97
RITUXAN.....	19	siladryl allergy.....	88	sm ear drops.....	136
RITUXAN HYCELA.....	19	sildenafil citrate.....	51	sm enema.....	74
rivastigmine.....	104	silphen dm cough.....	97	sm fexofenadine hcl.....	88
rivastigmine tartrate.....	104	siltussin das.....	97	sm fiber.....	74
RIVELSA.....	57	siltussin dm das.....	97	sm folic acid.....	126
rizatriptan benzoate.....	111	siltussin sa.....	97	sm gas relief.....	70
robafen cf multi-symptom cold.....	97	siltussin-dm alcohol free.....	97	sm gas relief antifatulent.....	70
ROBAFEN DM CGH/CHEST		silver sulfadiazine.....	130	sm gas relief extra strength.....	70
CONGEST.....	97	SIMBRINZA.....	81	sm gas relief infants.....	70
ROBAFEN DM COUGH.....	97	SIMLIYA.....	57	sm gentle laxative.....	74
ROBAFEN MUCUS/CHEST		SIMPESSE.....	57	sm ibuprofen ib.....	29
CONGESTION.....	97	simvastatin.....	46	sm infants ibuprofen.....	29
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH.....	97	sinus 12 hour.....	97	sm iron slow release.....	80
ropinirole hcl.....	99	sinus nasal spray.....	97	sm lice killing max strength.....	135
ROSDAN.....	136	sinus relief extra strength.....	97	sm lice solution kit.....	135
rosuvastatin calcium.....	46	sirolimus.....	26	sm lice treatment.....	135
ROTARIX.....	27	SIRTURO.....	36	sm loratadine.....	88
ROTATEQ.....	27	SIVEXTRO.....	39	sm loratadine allergy relief.....	88
ROWEEPRA.....	103	SKYRIZI.....	24	sm lorata-dine d.....	97
ROZLYTREK.....	19	SKYRIZI (150 MG DOSE).....	23	sm lubricant eye drops.....	84
RUBRACA.....	19	SKYRIZI PEN.....	24	sm lubricating plus.....	84
rufinamide.....	103	slow release iron.....	80	sm lubricating tears.....	84
RUKOBIA.....	35	sm 3-day vaginal.....	76	sm magnesium.....	119
RUXIENCE.....	19	sm 8 hour pain relief.....	33	sm miconazole 3.....	76
RYBELSUS.....	61	sm all day allergy.....	88	sm miconazole 3 applicator.....	76
RYDAPT.....	19	sm all day allergy childrens.....	88	sm miconazole 7.....	76
rynex pse.....	97	sm all day allergy-d.....	97	sm milk of magnesia.....	75

<i>sm multiple vitamins essential</i>	126	<i>spironolactone-hctz</i>	50	SYSTANE OVERNIGHT	
<i>sm multiple vitamins/iron</i>	126	SPRINTEC 28.....	57	THERAPY.....	84
<i>sm nasal decongestant max st</i>	97	SPRITAM.....	103	SYSTANE PRESERVATIVE FREE.....	84
<i>sm nasal decongestant pe</i>	97	SPRYCEL.....	19	SYSTANE ULTRA.....	85
<i>sm nasal spray</i>	97	SPS.....	53	SYSTANE ULTRA PF.....	84
<i>sm nasal spray 12 hour</i>	97	SRONYX.....	57	TAB-A-VITE.....	126
<i>sm nasal spray moisturizing</i>	97	SSD.....	131	TAB-A-VITE/BETA CAROTENE.....	126
<i>sm nasal spray sinus</i>	97	<i>stavudine</i>	35	<i>tab-a-vitel/iron</i>	126
<i>sm nicotine</i>	114	STELARA.....	24	TABLOID.....	22
<i>sm nicotine polacrilex</i>	114	<i>sterile water for irrigation</i>	130	TABRECTA.....	19
<i>sm nose drops nasal decongest</i>	98	<i>stimulant laxative</i>	75	<i>tacrolimus</i>	26, 136
<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i>	119	STIVARGA.....	19	TAFINLAR.....	19
<i>sm pain & fever childrens</i>	34	<i>stomach relief</i>	68	TAGRISSO.....	19
<i>sm pain & fever infants</i>	34	<i>stool softener</i>	75	TALTZ.....	24
<i>sm pain relief</i>	34	<i>stool softener laxative</i>	75	TALZENNA.....	19
<i>sm pain reliever</i>	34	<i>stool softener plus laxative</i>	75	<i>tamoxifen citrate</i>	16
<i>sm pain reliever ex st</i>	34	<i>streptomycin sulfate</i>	39	<i>tamsulosin hcl</i>	76
<i>sm pediatric electrolyte</i>	117	<i>stress formula</i>	126	TARGRETIN.....	136
<i>sm povidone-iodine</i>	136	<i>stress formulaliron</i>	126	TARINA 24 FE.....	57
<i>sm senna laxative</i>	75	STRIBILD.....	37	TARINA FE 1/20 EQ.....	57
<i>sm senna-s</i>	75	STROVITE FORTE.....	126	TASIGNA.....	19
<i>sm stomach relief</i>	68	STROVITE ONE.....	126	<i>tazarotene</i>	133
<i>sm stool softener</i>	75	SUBVENITE.....	103	TAZICEF.....	42
<i>sm stool softener/laxative</i>	75	<i>sucralfate</i>	70	TAZORAC.....	133
<i>sm super b complex/c</i>	126	SUDOGEST.....	98	TAZTIA XT.....	48
<i>sm triple antibiotic</i>	131	<i>sudogest 12 hour</i>	98	TAZVERIK.....	19
<i>sm triple antibiotic max st</i>	131	SUDOGEST MAXIMUM		TDVAX.....	27
<i>sm tussin cf</i>	98	STRENGTH.....	98	TECENTRIQ.....	19
<i>sm tussin cough/chest congest</i>	98	<i>sulfacetamide sodium</i>	82	TEFLARO.....	42
<i>sm tussin dm</i>	98	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	130	<i>telmisartan</i>	45
<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	98	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	81	<i>telmisartan-amlodipine</i>	49
<i>sm vit c/rose hips</i>	126	<i>sulfadiazine</i>	39	<i>telmisartan-hctz</i>	49
<i>sm vitamin b1</i>	126	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	39	<i>temazepam</i>	110
<i>sm vitamin b-12</i>	126	SULFAMYLON.....	131	TEMIXYS.....	37
<i>sm vitamin b12 tr</i>	126	<i>sulfasalazine</i>	71	TENIVAC.....	27
<i>sm vitamin b-6</i>	126	<i>sulindac</i>	29	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	35
<i>sm vitamin c</i>	126	<i>sumatriptan</i>	111	TEPMETKO.....	19
<i>sm vitamin c cr</i>	126	<i>sumatriptan succinate</i>	111	<i>terazosin hcl</i>	45
<i>sm vitamin d3</i>	126	<i>sumatriptan succinate refill</i>	111	<i>terbinafine hcl</i>	37, 132
<i>sm vitamin e</i>	126	<i>sunitinib malate</i>	19	<i>terbutaline sulfate</i>	89
<i>sm zinc gluconate</i>	119	SUPER NU-THERA.....	126	<i>terconazole</i>	76
<i>sodium bicarbonate</i>	67	SUPER QUINTS B-50.....	126	TESSALON PERLES.....	98
<i>sodium chloride</i>	98, 116, 130	<i>superplex-t</i>	126	<i>testosterone</i>	53
<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	84	<i>suphedrine 12hour</i>	98	<i>testosterone cypionate</i>	53
<i>sodium fluoride</i>	116	SUPREP BOWEL PREP KIT.....	75	<i>testosterone enanthate</i>	53
<i>sodium phenylbutyrate</i>	63	SYEDA.....	57	<i>tetrabenazine</i>	110
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	53	SYMBICORT.....	90	<i>tetracycline hcl</i>	45
<i>solifenacin succinate</i>	75	SYMDEKO.....	91	THALOMID.....	22, 23
SOLQUA.....	60	SYMJEPI.....	91	THEO-24.....	91
SOLTAMOX.....	16	SYMPAZAN.....	103	<i>theophylline</i>	91
SOLU-CORTEF.....	65	SYMTUZA.....	37	<i>theophylline er</i>	91
SOMATULINE DEPOT.....	63	SYNAREL.....	63	THERA.....	126
SOMAVERT.....	63	SYNERCID.....	39	THERATEARS.....	85
SOOTHE & COOL INZO		SYNJARDY.....	61	THERATEARS PF.....	85
ANTIFUNGAL.....	132	SYNJARDY XR.....	61	THEREMS.....	126
SORINE.....	46	SYNRIBO.....	22	<i>thiamine hcl</i>	127
<i>sotalol hcl</i>	46	SYNTHROID.....	52	<i>thiamine mononitrate</i>	127
<i>sotalol hcl (af)</i>	46	SYSTANE.....	84	<i>thioridazine hcl</i>	109
<i>span c</i>	126	SYSTANE BALANCE.....	84	<i>thiothixene</i>	109
<i>spironolactone</i>	45	SYSTANE COMPLETE.....	84	<i>thrivite 19</i>	127

TIADYL ER.....	48	TRI-LINYAH.....	57	valganciclovir hcl.....	41
tiagabine hcl.....	103	TRI-LO-ESTARYLLA.....	57	valproate sodium.....	103
TIBSOVO.....	19	TRI-LO-MARZIA.....	58	valproic acid.....	103
tigecycline.....	45	TRI-LO-MILI.....	58	valsartan.....	45
TILIA FE.....	57	TRI-LO-SPRINTEC.....	58	valsartan-hydrochlorothiazide.....	49
timolol maleate.....	47, 81	trimethoprim.....	39	VALTOCO 10 MG DOSE.....	103
timolol maleate (once-daily).....	81	TRI-MILI.....	58	VALTOCO 15 MG DOSE.....	103
TIVICAY.....	35	trimipramine maleate.....	106	VALTOCO 20 MG DOSE.....	103
TIVICAY PD.....	35	TRINTELLIX.....	106	VALTOCO 5 MG DOSE.....	103
tizanidine hcl.....	100	TRI-NYMYO.....	58	VANADOM.....	100
tl-hem 150.....	80	triphrocaps.....	127	vancomycin hcl.....	39
TOBRADEX.....	81	triple antibiotic.....	131	vancomycin hcl in nacl.....	39
TOBRADEX ST.....	81	triple antibiotic plus.....	131	VANDAZOLE.....	76
tobramycin.....	39, 82	triple antibiotic+pain relief.....	131	VAQTA.....	27
tobramycin sulfate.....	39	TRI-PREVIFEM.....	58	varenicline tartrate.....	114
tobramycin-dexamethasone.....	81	TRI-SPRINTEC.....	58	VARIVAX.....	27
tolnaftate.....	132	TRIUMEQ.....	37	VASCEPA.....	46
tolnaftate antifungal.....	132	tri-vitamin/fluoride.....	127	vegetable lax+stool softener.....	75
tolterodine tartrate.....	75	TRIVORA (28).....	58	VELCADE.....	20
tolterodine tartrate er.....	75	TRI-VYLIBRA.....	58	VELIVET.....	58
topiramate.....	103	TRI-VYLIBRA LO.....	58	VELTASSA.....	53
TOPOSAR.....	22	TROGARZO.....	35	VEMLIDY.....	41
toremifene citrate.....	16	TROPHAMINE.....	120	VENCLEXTA.....	20
torsemide.....	50	tropium chloride.....	75	VENCLEXTA STARTING PACK.....	20
total b/c.....	127	TRULICITY.....	61	venlafaxine hcl.....	106
TOVIAZ.....	75	TRUMENBA.....	27	venlafaxine hcl er.....	106
TPN ELECTROLYTES.....	116	TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE).....	19	VENOFER.....	80
TRADJENTA.....	61	TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE).....	20	VENTAVIS.....	51
TRALEMENT.....	120	TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE).....	20	VENTOLIN HFA.....	89
tramadol hcl.....	30	TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE).....	20	verapamil hcl.....	48
tramadol-acetaminophen.....	30	TRUXIMA.....	20	verapamil hcl er.....	48
trandolapril.....	51	TUKYSA.....	20	VERSACLOZ.....	109
tranexamic acid.....	78	TURALIO.....	20	VERZENIO.....	20
tranylcypromine sulfate.....	106	TUSNEL C.....	98	VESTURA.....	58
TRAVASOL.....	120	tusnel diabetic.....	98	V-GO 20.....	60
TRAZIMERA.....	19	TUSNEL-EX.....	98	V-GO 30.....	60
trazodone hcl.....	106	TUSSICAPS.....	98	V-GO 40.....	60
TRECATOR.....	36	tussin cf.....	98	VICTOZA.....	62
TRELEGY ELLIPTA.....	89	tussin cf multi-symptom cold.....	98	VIENVA.....	58
TRELSTAR MIXJECT.....	16	tussin cough.....	98	vigabatrin.....	103
treprostinil.....	51	tussin dm.....	98	VIGADRONE.....	103
TRESIBA.....	60	tussin dm cough + chest.....	98	VIIBRYD.....	106
TRESIBA FLEXTOUCH.....	60	tussin dm max.....	98	VIIBRYD STARTER PACK.....	106
tretinoin.....	22, 130	tussin mucus & chest congest.....	98	VIMPAT.....	104
triamcinolone acetonide.....	129, 134	tussin mucus+chest congestion.....	99	vincristine sulfate.....	22
triamterene-hctz.....	50	tussin multi-symptom cold cf.....	99	vinorelbine tartrate.....	22
tri-buffered aspirin.....	34	TWINRIX.....	27	violele.....	58
TRICARE.....	117	TYBOST.....	35	VIRACEPT.....	35
TRICON.....	80	TYDEMY.....	58	VIREAD.....	35, 36
TRIDERM.....	134	TYPHIM VI.....	27	virt-caps.....	127
trientine hcl.....	53	UBRELVY.....	111	VIRT-GARD.....	127
TRI-ESTARYLLA.....	57	UDAMIN SP.....	127	virtussin a/c.....	99
TRIFERIC.....	80	UKONIQ.....	20	virtussin ac w/alc.....	99
trifluoperazine hcl.....	109	ultra lubricating eye drops.....	85	virtussin dac.....	99
trifluridine.....	82	UNITHROID.....	52	vita-bee/c.....	127
trigels-f forte.....	80	ursodiol.....	70	VITAFOL.....	127
trihexyphenidyl hcl.....	100	valacyclovir hcl.....	41	VITAL-D RX.....	127
TRIJARDY XR.....	61	VALCHLOR.....	136	vitamin a.....	127
TRIKAFTA.....	91			vitamin b-1.....	127
TRI-LEGEST FE.....	57			vitamin b-12.....	127

<i>vitamin b-12 er</i>	127	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	20
<i>vitamin b12 tr</i>	127	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ..	20
<i>vitamin b-6</i>	127	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	20
<i>vitamin c</i>	127	XTANDI.....	16
<i>vitamin c er</i>	127	XULANE.....	58
<i>vitamin c/rose hips tr</i>	127	XULTOPHY.....	60
<i>vitamin c-rose hips er</i>	128	XYREM.....	111
<i>vitamin c-rose hips tr</i>	128	YF-VAX.....	27
<i>vitamin d</i>	128	<i>yl coenzyme q10</i>	115
<i>vitamin d (cholecalciferol)</i>	128	YUVAFEM.....	64
<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	128	ZAFEMY.....	58
<i>vitamin d3</i>	128	<i>zafirlukast</i>	92
<i>vitamin e</i>	128	<i>zaleplon</i>	110
<i>vitamin k1</i>	128	ZARAH.....	58
<i>vitamins acd-fluoride</i>	128	ZARXIO.....	78
<i>vitamins for hair</i>	128	ZEASORB-AF.....	132
VITRAKVI.....	20	ZEJULA.....	20
VITREXYL.....	128	ZELBORAF.....	20
VITREXYL + IRON.....	128	ZEMAIRA.....	91
VIVITROL.....	114	ZENATANE.....	130
VIZIMPRO.....	20	ZENPEP.....	71
<i>voriconazole</i>	37	ZERVIAE.....	80
VOSEVI.....	41	<i>zidovudine</i>	36
VOTRIENT.....	20	<i>zinc</i>	119
<i>vp-vite rx</i>	129	<i>zinc chloride</i>	120
VRAYLAR.....	109	<i>zinc gluconate</i>	119
VYFEMLA.....	58	<i>zinc oxide</i>	136
VYLIBRA.....	58	<i>zinc sulfate</i>	119
VYZULTA.....	81	<i>ziprasidone hcl</i>	109
<i>warfarin sodium</i>	77	<i>ziprasidone mesylate</i>	109
<i>wee care</i>	80	ZIRABEV.....	21
WELIREG.....	22	ZIRGAN.....	82
WERA.....	58	<i>zoledronic acid</i>	65, 66
<i>westab mini</i>	129	ZOLINZA.....	21
<i>womens laxative</i>	75	<i>zolmitriptan</i>	111
WYMZYA FE.....	58	<i>zolpidem tartrate</i>	111
XALKORI.....	20	<i>zonisamide</i>	104
XARELTO.....	77	<i>zoo friends</i>	129
XARELTO STARTER PACK.....	77	<i>zoo friends complete</i>	129
XATMEP.....	24	<i>zoo friends gummies</i>	129
XCOPRI.....	104	ZORTRESS.....	26
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ..	104	ZOSTRIX HP.....	136
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ..	104	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
XELJANZ.....	24		136
XELJANZ XR.....	24	ZOVIA 1/35 (28).....	58
XENICAL.....	63	ZUMANDIMINE.....	58
XERAC AC.....	136	ZYDELIG.....	21
XERMELO.....	70	ZYKADIA.....	21
XGEVA.....	65	ZYLET.....	81
XIFAXAN.....	70	ZYPREXA RELPREVV.....	109
XIGDUO XR.....	62		
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	41		
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	41		
XOLAIR.....	91		
XOSPATA.....	20		
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	20		
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ..	20		
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	20		
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ..	20		

Neighborhood INTEGRITY | (Plan de Medicare-Medicaid)

Formulario de 2022: Lista de medicamentos cubiertos

Si tiene preguntas, comuníquese con Neighborhood INTEGRITY, llamando al 1-844-812-6896, de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 8 p. m. Los sábados por la tarde, los domingos y los días festivos es posible que se le solicite que deje un mensaje. Se le devolverá la llamada el próximo día hábil. La llamada es gratuita. TTY: 711. Para obtener más información, visite www.nhpri.org/INTEGRITY. No hemos realizado cambios a este formulario desde el 25/1/2022.

H9576_PhmdrugList22 Approved 8/26/2021



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.