



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 3/22/2022.

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	129



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 **15-128**. 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 **129**.

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 **129**. 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: 4/1/2022

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
<i>carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml, 450 mg/45ml, 50 mg/5ml, 600 mg/60ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/5ml, 2 gm/10ml, 500 mg/2.5ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 2	B/D
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0, Nivel 2	
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml, 200 mg/40ml, 50 mg/10ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
PARAPLATIN INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/100ML	\$0, Nivel 1	B/D
Agentes Antineoplásicos Hormonales		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	\$0, Nivel 2	NDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fulvestrant intramuscular solution 250 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	\$0, Nivel 1	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nivel 2	NDS
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0, Nivel 2	PA; 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
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nivel 2	PA; QL (300 per 30 days); 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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 & 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
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

LEYENDA

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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>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
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nivel 2	
Diversos		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<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

LEYENDA

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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 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
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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0, Nivel 2	PA; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, Nivel 1	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0, Nivel 2	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, Nivel 2	B/D
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
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	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nivel 2	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/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	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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	
IPOLE INJECTION INJECTABLE	\$0, Nivel 2	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nivel 2	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nivel 2	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0, Nivel 2	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0, Nivel 2	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0, Nivel 2	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION 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	
<i>prehevbrio intramuscular suspension 10 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 2	B/D
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
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 2.4 MCG/0.5ML	\$0, Nivel 2	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$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
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)
<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 oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<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 oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>goodsense ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>goodsense ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm ibuprofen ib oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0, Nivel 1	
<i>ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>ibuprofen infants drops oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<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	
<i>infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nivel 3	
<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 oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm ibuprofen ib oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nivel 3	
<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)

LEYENDA

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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>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)
Diversos		
<i>8 hour arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>8 hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>8hr muscle aches & pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>acetaminophen childrens oral solution 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>acetaminophen er oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>acetaminophen extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>acetaminophen infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>acetaminophen oral tablet 325 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>acetaminophen rectal suppository 120 mg, 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>aspirin rectal suppository 600 mg</i>	\$0, Nivel 3	
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0, Nivel 3	
<i>childrens silapap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>ed-apap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
FEVERALL ADULTS RECTAL SUPPOSITORY 650 MG	\$0, Nivel 3	
FEVERALL CHILDRENS RECTAL SUPPOSITORY 120 MG	\$0, Nivel 3	
FEVERALL INFANTS RECTAL SUPPOSITORY 80 MG	\$0, Nivel 3	
FEVERALL JUNIOR STRENGTH RECTAL SUPPOSITORY 325 MG	\$0, Nivel 3	
<i>gnp 8 hour arthritis relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp 8 hour pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp acetaminophen ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp acetaminophen oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp infants pain/fever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>goodsense arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>goodsense aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>goodsense pain & fever child oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>goodsense pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>goodsense pain relief extra st oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>goodsense pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm adult aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm pain reliever oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>liquid acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>mapap arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
MAPAP CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE 160 MG, 80 MG	\$0, Nivel 3	
<i>mapap oral capsule 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>m-pap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>pain relief regular strength oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
PHARBETOL EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nivel 3	
PHARBETOL ORAL TABLET 325 MG	\$0, Nivel 3	
<i>qc arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc enteric aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc non-aspirin childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc pain relief childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm pain relief oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm pain reliever ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm pain reliever oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nivel 3	
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	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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	
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>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 2	NDS
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 400 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nivel 1	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$0, Nivel 2	
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

LEYENDA

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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	\$0, Nivel 2	NDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0, Nivel 2	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	\$0, Nivel 2	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0, Nivel 2	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 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	
<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
SYM TUZA 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>casopofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>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	PA
<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	
<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 oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0, Nivel 2	NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 2	NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<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	
<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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>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	
<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>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0, Nivel 2	
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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	
<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		
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%)	\$0, Nivel 2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>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	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) 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>naftillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>naftillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>naftillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</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>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	
<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	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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	
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG	\$0, Nivel 1	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Antilipémicos, Fibratos		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
Antilipémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg-Coa		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
Antilipémicos, Varios		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	\$0, Nivel 1	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$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	
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	

LEYENDA

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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	\$0, Nivel 1	
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	\$0, Nivel 1	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Combinaciones Beta-Bloqueadores/Diuréticos		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Combinaciones De Antagonistas Del Receptor De Angiotensina li		
<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)
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)

LEYENDA

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

LEYENDA

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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>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	
<i>grape flavor liquid</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm petroleum jelly gel</i>	\$0, Nivel 3	
<i>melatonin oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
ORA-PLUS ORAL LIQUID	\$0, Nivel 3	
<i>petrolatum gel</i>	\$0, Nivel 3	
<i>polyethylene glycol 3350 powder</i>	\$0, Nivel 3	
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)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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 KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	\$0, Nivel 2	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0, Nivel 2	
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nivel 2	
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 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

LEYENDA

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

LEYENDA

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

LEYENDA

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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
MONO-LINYAH ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nivel 1	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)</i>	\$0, Nivel 1	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg, 0.8-25 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	\$0, Nivel 1	
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nivel 1	
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
NYMYO ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nivel 1	
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	
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	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-NYMYO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nivel 1	
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nivel 1	
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nivel 1	
TYDEMY ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG	\$0, Nivel 1	
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0, Nivel 1	
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nivel 1	
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	\$0, Nivel 1	
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
WERA ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0, Nivel 1	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0, Nivel 1	
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nivel 1	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nivel 1	
Antidiabéticos, Insulinas		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0, Nivel 2	
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0, Nivel 2	
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	\$0, Nivel 2	
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	\$0, Nivel 2	
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nivel 2	
FIASP 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	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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 CLASSIC PDM (GEN 3) KIT	\$0, Nivel 2	PA; QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	\$0, Nivel 2	PA; QL (3 per 30 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	\$0, Nivel 2	PA; QL (3 per 30 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	
SOLIQUA 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)

LEYENDA

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

LEYENDA

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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>carglumic acid oral tablet 200 mg</i>	\$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	
<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	\$0, Nivel 2	PA; NDS
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
KETO-DIASTIX IN VITRO STRIP	\$0, Nivel 3	
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	\$0, Nivel 1	B/D
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0, Nivel 2	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (PED), 30 MG (PED)	\$0, Nivel 2	PA; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA; QL (90 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
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 ORAL CAPSULE 120 MG	\$0, Nivel 3	
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	
<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	

LEYENDA

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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>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
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/100ml, 5 mg/100ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Del Receptor H2		
<i>famotidine intravenous solution 20 mg/2ml, 200 mg/20ml, 40 mg/4ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	QL (300 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>famotidine oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (120 per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0, Nivel 1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Antiácidos		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0, Nivel 3	
<i>alum & mag hydroxide-simeth oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>alumina-magnesia-simethicone oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>antacid anti-gas max strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>antacid fast relief oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>antacid plus anti-gas fast act oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>antacid plus anti-gas relief oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>antacid/anti-gas oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp antacid & anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm advanced antacid max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm antacid anti-gas ex st oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm antacid/antigas oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>mag-al plus oral liquid 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>mag-al plus xs oral liquid 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>magnesium oxide oral tablet 400 mg, 420 mg</i>	\$0, Nivel 3	
MI-ACID ORAL SUSPENSION 200-200-20 MG/5ML	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>mintox maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
MINTOX PLUS ORAL TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG	\$0, Nivel 3	
<i>qc antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm antacid advanced max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm antacid advanced oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm antacid/antigas oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sodium bicarbonate oral powder</i>	\$0, Nivel 3	
Antidiarreicos		
<i>anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>bismatrol oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp pink bismuth oral tablet 262 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp pink bismuth oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>goodsense stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm stomach relief oral suspension 262 mg/15ml, 525 mg/30ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>loperamide hcl oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>peptic relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc diarrhea relief oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm stomach relief oral tablet 262 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0, Nivel 3	
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	
<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 oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0, Nivel 2	PA; LA; NDS
<i>gnp anti-gas oral capsule 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm gas relief infants drops oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>infants gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>infants simethicone oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nivel 3	
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 oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<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 ORAL CAPSULE 250 MG	\$0, Nivel 3	
<i>qc gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0, Nivel 3	
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 ORAL CAPSULE 60-1.25 MG	\$0, Nivel 3	
<i>sm gas relief antiflatuent oral capsule 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm gas relief oral tablet chewable 125 mg, 80 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<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	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>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	
<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 oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>bisacodyl rectal suppository 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>docu oral liquid 50 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 calcium oral capsule 240 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>docusate mini rectal enema 283 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>docusate sodium oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>docusate sodium oral liquid 50 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
DOCUSOL MINI RECTAL ENEMA 283 MG/5ML	\$0, Nivel 3	
DOK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nivel 3	
<i>enema ready-to-use rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0, Nivel 3	
ENEMEEZ MINI RECTAL ENEMA 283 MG/5ML	\$0, Nivel 3	
ENEMEEZ PLUS RECTAL ENEMA 20-283 MG	\$0, Nivel 3	
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>epsom salt oral granules</i>	\$0, Nivel 3	
<i>fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>fiber-lax oral tablet 625 mg</i>	\$0, Nivel 3	
FLEET ENEMA RECTAL ENEMA , 7-19 GM/118ML	\$0, Nivel 3	
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	\$0, Nivel 1	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0, Nivel 1	
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	\$0, Nivel 1	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>glycerin (adult) rectal suppository 2 gm</i>	\$0, Nivel 3	
<i>glycerin (infants & children) rectal suppository 1 gm</i>	\$0, Nivel 3	
<i>glycerin (pediatric) rectal suppository 1 gm</i>	\$0, Nivel 3	
<i>glycerin adult rectal suppository 2 gm</i>	\$0, Nivel 3	
<i>glycerin childrens rectal suppository 1 gm</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp enema rectal enema</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp glycerin (adult) rectal suppository 2.1 gm</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp glycerin child rectal suppository 1.2 gm</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp natural fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp natural fiber oral powder 28.3 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp senna lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0, Nivel 2	
<i>goodsense epsom salt oral granules</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>laxative max str oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml, 2400 mg/30ml, 400 mg/5ml, 7.75 %</i>	\$0, Nivel 3	
NULYTELY LEMON-LIME ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	\$0, Nivel 2	
PEDIA-LAX ORAL LIQUID 50 MG/15ML	\$0, Nivel 3	
PEDIA-LAX RECTAL SUPPOSITORY 1 GM	\$0, Nivel 3	
<i>peg 3350 oral packet 17 gm</i>	\$0, Nivel 3	
<i>peg 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0, Nivel 3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	\$0, Nivel 1	
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0, Nivel 2	
<i>qc enema rectal enema 16-6 gm/133ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc epsom salt oral granules</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc fiber laxative oral capsule 0.52 gm</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc natural vegetable laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc natural vegetable oral powder 95 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc stool softener pls laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
SENEXON-S ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>senna oral capsule 8.6 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>senna oral liquid 8.8 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>senna oral syrup 8.8 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>senna s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>senna-lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>senna-tabs oral tablet 8.6 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>senna-time oral tablet 8.6 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>senna-time s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
SENNO ORAL TABLET 8.6 MG	\$0, Nivel 3	
<i>silace oral liquid 150 mg/15ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>silace oral syrup 60 mg/15ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm enema rectal enema 7-19 gml/118ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm fiber oral powder 28.3 %, 48.57 %, 58.6 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>stimulant laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>stool softener laxative oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>stool softener plus laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	\$0, Nivel 2	
<i>vegetable lax+stool softener oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>womens laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
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)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>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>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
Antiinfecciosos Vaginales		
<i>3 day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>miconazole 3 applicator vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>miconazole 3 combo-supp vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>miconazole 7 vaginal suppository 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>miconazole nitrate vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm 3-day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm clotrimazole vaginal vaginal cream 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm miconazole 3 applicator vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm miconazole 7 vaginal suppository 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<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	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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		
<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	
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 SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	\$0, Nivel 2	QL (620 per 30 days)
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)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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	
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 oral tablet 75-1.25 mg</i>	\$0, Nivel 3	
CHROMAGEN ORAL CAPSULE	\$0, Nivel 3	
CORVITA 150 ORAL TABLET 150-1.25 MG	\$0, Nivel 3	
CORVITE 150 ORAL TABLET	\$0, Nivel 3	
<i>corvite fe oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION 510 MG/17ML	\$0, Nivel 3	
FERATE ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0, Nivel 3	
FERIVA 21/7 ORAL TABLET 75-1 MG	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
FERIVAFA ORAL CAPSULE 110-1 MG	\$0, Nivel 3	
FEROSUL ORAL ELIXIR 220 (44 FE) MG/5ML	\$0, Nivel 3	
FERRALET 90 ORAL TABLET 90-1 MG	\$0, Nivel 3	
<i>ferraplus 90 oral tablet 90-1 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>ferretts oral tablet 325 (106 fe) mg</i>	\$0, Nivel 3	
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML	\$0, Nivel 3	
<i>ferrous fumarate oral tablet 324 (106 fe) mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>ferrous gluconate oral tablet 324 (37.5 fe) mg, 324 (38 fe) mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>ferrous sulfate oral elixir 220 (44 fe) mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 (65 fe) mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0, Nivel 3	
FOLITAB 500 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 105-500-0.8 MG	\$0, Nivel 3	
FOLIVANE-F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0, Nivel 3	
FOLIVANE-PLUS ORAL CAPSULE	\$0, Nivel 3	
FUSION ORAL CAPSULE 65-65-25-30 MG	\$0, Nivel 3	
FUSION PLUS ORAL CAPSULE	\$0, Nivel 3	
<i>gnp iron oral tablet extended release 142 (45 fe) mg</i>	\$0, Nivel 3	
HEMATOGEN FA ORAL CAPSULE 200-250-0.01-1 MG	\$0, Nivel 3	
HEMATOGEN FORTE ORAL CAPSULE 460-60-0.01-1 MG	\$0, Nivel 3	
HEMATOGEN ORAL CAPSULE	\$0, Nivel 3	
HEMOCYTE PLUS ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0, Nivel 3	
HEMOCYTE-F ORAL TABLET 324-1 MG	\$0, Nivel 3	
IFEREX 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0, Nivel 3	
INFED INJECTION SOLUTION 50 MG/ML	\$0, Nivel 3	
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML	\$0, Nivel 3	
INTEGRA F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0, Nivel 3	
INTEGRA ORAL CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG	\$0, Nivel 3	
INTEGRA PLUS ORAL CAPSULE	\$0, Nivel 3	
<i>iron chews pediatric oral tablet chewable 15 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>iron oral tablet 240 (27 fe) mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>kp ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution 12.5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
NEPHRON FA ORAL TABLET	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
NIFEREX ORAL TABLET	\$0, Nivel 3	
NOVAFERRUM 50 ORAL CAPSULE 50 MG	\$0, Nivel 3	
NOVAFERRUM ORAL LIQUID 125 MG/5ML	\$0, Nivel 3	
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS ORAL LIQUID 15 MG/ML	\$0, Nivel 3	
NUFERA ORAL TABLET	\$0, Nivel 3	
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG	\$0, Nivel 3	
<i>purevit dualfe plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>se-tan plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>slow release iron oral tablet extended release 47.5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm iron slow release oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>tl-hem 150 oral tablet 150-1 mg</i>	\$0, Nivel 3	
TRICON ORAL CAPSULE	\$0, Nivel 3	
TRIFERIC HEMODIALYSIS PACKET 272 MG	\$0, Nivel 3	
<i>trigels-f forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg</i>	\$0, Nivel 3	
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0, Nivel 3	
<i>wee care oral suspension 15 mg/1.25ml</i>	\$0, Nivel 3	
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 OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	\$0, Nivel 3	
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	
ZERViate OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0, Nivel 2	
Antiglaucoma		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	\$0, Nivel 2	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0, Nivel 2	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>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	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	\$0, Nivel 2	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0, Nivel 2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	\$0, Nivel 1	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
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	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 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>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nivel 2	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	\$0, Nivel 2	
Diversos		
<i>artificial tears ophthalmic solution 1.4 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic 1 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic 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 OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0, Nivel 3	
GENTEAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.2-0.3 %, 0.1-0.3 %	\$0, Nivel 3	
<i>gnp artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nivel 3	
GONAK OPHTHALMIC SOLUTION 2.5 %	\$0, Nivel 3	
<i>goodsense lubricating eye drop ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm dry eye relief ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm lubricating plus ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nivel 3	
ISOPTO ATROPINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	\$0, Nivel 2	
ISOPTO TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0, Nivel 3	
<i>lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nivel 3	
MURO 128 OPHTHALMIC OINTMENT 5 %	\$0, Nivel 3	
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nivel 1	
REFRESH CELLUVISC OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0, Nivel 3	
REFRESH LIQUIGEL OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0, Nivel 3	
REFRESH OPHTHALMIC SOLUTION 1.4-0.6 %	\$0, Nivel 3	
REFRESH OPTIVE ADVANCED OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0, Nivel 3	
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0, Nivel 3	
REFRESH OPTIVE MEGA-3 OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0, Nivel 3	
REFRESH OPTIVE OPHTHALMIC GEL 1-0.9 %	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0, Nivel 3	
REFRESH OPTIVE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0, Nivel 3	
REFRESH PLUS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0, Nivel 3	
REFRESH RELIEVA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0, Nivel 3	
REFRESH TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0, Nivel 3	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nivel 2	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nivel 2	
<i>sm lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm lubricating plus ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic ointment 5 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic solution 5 %</i>	\$0, Nivel 3	
SYSTANE BALANCE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0, Nivel 3	
SYSTANE COMPLETE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0, Nivel 3	
SYSTANE OPHTHALMIC GEL 0.4-0.3 %	\$0, Nivel 3	
SYSTANE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0, Nivel 3	
SYSTANE OVERNIGHT THERAPY OPHTHALMIC GEL 0.3 %	\$0, Nivel 3	
SYSTANE PRESERVATIVE FREE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0, Nivel 3	
SYSTANE ULTRA OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0, Nivel 3	
SYSTANE ULTRA PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0, Nivel 3	
THERATEARS OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0, Nivel 3	
THERATEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0, Nivel 3	
THERATEARS PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0, Nivel 3	
<i>ultra lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nivel 3	
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	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	\$0, Nivel 1	
RESPIRATORIOS		
Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	\$0, Nivel 2	QL (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 oral tablet 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>all-day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>aller-chlor oral tablet 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>aller-ease oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>allergy 24-hr oral tablet 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>allergy childrens oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>allergy oral tablet 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>allergy rel child (loratadine) oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>allergy relief childrens oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>allergy relief oral tablet 10 mg, 25 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>allergy-time oral tablet 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %</i>	\$0, Nivel 1	
BANOPHEN ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	\$0, Nivel 3	
BANOPHEN ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nivel 3	
<i>cetirizine hcl allergy child oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>cetirizine hcl childrens alrly oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>cetirizine hcl childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>cetirizine hcl childrens oral tablet chewable 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>cetirizine hcl hives relief oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>cetirizine hcl oral solution 1 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>cetirizine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>childrens loratadine oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>complete allergy medicine oral capsule 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<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 oral capsule 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>diphenhydramine hcl childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>ed chlorped jr oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp all day allergy childrens oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp allergy antihistamine oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp allergy relief oral tablet 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp loratadine oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp loratadine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>goodsense all day allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>goodsense all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>goodsense aller-ease oral tablet 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>goodsense allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm all day allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm allergy relief oral tablet 180 mg, 25 mg, 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm cetirizine hcl childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm cetirizine hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm loratadine childrens oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<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 oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>loratadine childrens oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>loratadine oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>m-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>pharbedryl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc childrens allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc fexofenadine hydrochloride oral tablet 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc loratadine allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>siladryl allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm allergy childrens oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm allergy relief oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm childrens loratadine oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm loratadine allergy relief oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm loratadine oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	
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)

LEYENDA

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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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 inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0, Nivel 1	B/D
<i>cromolyn sodium nasal aerosol solution 5.2 mg/act</i>	\$0, Nivel 3	
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
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	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>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	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nivel 1	
Tos Y Resfriado		
<i>12 hour decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>12 hour nasal decongestant nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>12 hour nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>12 hour nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>all day allergy d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>allergy relief d-12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>allergy relief d-24 oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>allergy relief-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	
BENZEDREX NASAL INHALER	\$0, Nivel 3	
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>capcof oral syrup 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>chest congestion relief dm oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>chest congestion relief oral syrup 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>childrens silfedrine oral liquid 15 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>coditussin ac oral liquid 200-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>coditussin dac oral liquid 30-10-200 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>cough/chest congestion dm oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>cvs cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
DELSYM COUGH CHILDRENS ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0, Nivel 3	
DELSYM ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0, Nivel 3	
<i>dextromethorphan polistirex er oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>dextromethorphan-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5ml, 20-200 mg/10ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>diabetic siltussin-dm max st oral liquid 10-200 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
DIABETIC TUSSIN DM ORAL LIQUID 100-10 MG/5ML	\$0, Nivel 3	
DIABETIC TUSSIN MAX ST ORAL LIQUID 10-200 MG/5ML	\$0, Nivel 3	
DIABETIC TUSSIN ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0, Nivel 3	
<i>eq cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp allergy & congestion oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp cough dm er oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp nasal spray extra moist nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp nasal spray fast acting nasal solution 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp no drip nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp nose drops extra strength nasal solution 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp suphedrin oral liquid 15 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp tussin cf cough & cold oral syrup 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp tussin cough long acting oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp tussin dm cough oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp tussin dm oral liquid 20-200 mg/10ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp tussin mucus & chest cong oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>goodsense cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>goodsense cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>goodsense tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>guaiaatussin ac oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>guaifenesin oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>guaifenesin oral solution 100 mg/5ml, 200 mg/10ml, 300 mg/15ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>guaifenesin oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>guaifenesin-dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
HISTEX-AC ORAL SYRUP 10-2.5-10 MG/5ML	\$0, Nivel 3	
<i>hm allergy & congestion oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm allergy complete-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm allergy relief/nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm nasal decongestant 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm nose drops nasal solution 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm sinus nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm tussin adult dm oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm tussin adult oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
HYCODAN ORAL SYRUP 5-1.5 MG/5ML	\$0, Nivel 3	
<i>hydrocod polst-cpm polst er oral suspension extended release 10-8 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hydrocodone-homatropine oral syrup 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hydrocodone-homatropine oral tablet 5-1.5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hydromet oral syrup 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>lohist-dm oral syrup 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>loratadine-d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>loratadine-d 24hr oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID 225-7.5 MG/5ML	\$0, Nivel 3	
<i>maxi-tuss ac oral solution 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>maxi-tuss cd oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>maxi-tuss g oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>maxi-tuss gmx oral liquid 10-200 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>m-clear wc oral solution 100-6.3 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0, Nivel 3	
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS ORAL LIQUID 400 MG/20ML	\$0, Nivel 3	
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0, Nivel 3	
<i>mucus & chest congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>mucus relief chest congestion oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>nasal decongestant max st oral tablet 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>nasal decongestant spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>nasal four nasal solution 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>nasal relief nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>nasal spray extra moisturizing nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	
NINJACOF-XG ORAL LIQUID 200-8 MG/5ML	\$0, Nivel 3	
<i>no drip nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>poly-tussin ac oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>promethazine-codeine oral solution 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>promethazine-phenyleph-codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>pseudoephedrine hcl er oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc loratadine-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc suphedrine maximum strength oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc tussin dm cough/congestion oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc tussin mucus/congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>robafen cf multi-symptom cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
ROBAFEN DM CGH/CHEST CONGEST ORAL LIQUID 10-100 MG/5ML	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
ROBAFEN DM COUGH ORAL LIQUID 10-100 MG/5ML	\$0, Nivel 3	
ROBAFEN MUCUS/CHEST CONGESTION ORAL LIQUID 200 MG/10ML	\$0, Nivel 3	
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0, Nivel 3	
<i>rynex pse oral liquid 1-15 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sb allergy relief/nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>silphen dm cough oral syrup 10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>siltussin das oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>siltussin dm das oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>siltussin sa oral syrup 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>siltussin-dm alcohol free oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sinus 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sinus nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sinus relief extra strength nasal solution 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm lorata-dine d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm nasal decongestant max st oral tablet 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm nasal spray moisturizing nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm nasal spray sinus nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm nose drops nasal decongest nasal solution 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm tussin cough/chest congest oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm tussin mucus+chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution 7 %</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>sudogest 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET 30 MG	\$0, Nivel 3	
SUDOGEST ORAL TABLET 30 MG, 60 MG	\$0, Nivel 3	
<i>suphedrine 12hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0, Nivel 3	
TESSALON PERLES ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nivel 3	
TUSNEL C ORAL SYRUP 30-10-100 MG/5ML	\$0, Nivel 3	
<i>tusnel diabetic oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
TUSNEL-EX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0, Nivel 3	
TUSSICAPS ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 10-8 MG	\$0, Nivel 3	
<i>tussin cf multi-symptom cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>tussin cough oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>tussin dm cough + chest oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>tussin dm max oral liquid 10-200 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>tussin dm oral liquid 100-10 mg/5ml, 20-200 mg/10ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>tussin mucus & chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>tussin mucus+chest congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>tussin mucus+chest congestion oral syrup 100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>tussin multi-symptom cold cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>virtussin a/c oral solution 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>virtussin ac w/a/c oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>virtussin dac oral solution 30-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	

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	

LEYENDA

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

LEYENDA

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

LEYENDA

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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nivel 1	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0, Nivel 2	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0, Nivel 2	PA
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0, Nivel 2	PA
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0, Nivel 2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
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
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 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 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	

LEYENDA

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

LEYENDA

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

LEYENDA

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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>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)
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/0.88ML	\$0, Nivel 2	QL (0.88 per 90 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML	\$0, Nivel 2	QL (1.32 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/2.63ML	\$0, Nivel 2	QL (2.63 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)

LEYENDA

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

LEYENDA

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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	\$0, Nivel 2	
NUDEXTA 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)
<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)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>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 ORAL CAPSULE 37.5 MG	\$0, Nivel 3	
ADIPEX-P ORAL TABLET 37.5 MG	\$0, Nivel 3	
<i>benzphetamine hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (90 per 30 days)
<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 oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>diethylpropion hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 1	
<i>gnp nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	
<i>goodsense nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>goodsense nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG	\$0, Nivel 3	
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	\$0, Nivel 1	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 1	
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML	\$0, Nivel 2	
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 14 MG/24HR	\$0, Nivel 3	
<i>nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>nicotine step 1 transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	
<i>nicotine step 2 transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	
<i>nicotine step 3 transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	
<i>nicotine transdermal kit 21-14-7 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0, Nivel 2	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nivel 2	
<i>phendimetrazine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 105 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>phentermine hcl oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>phentermine hcl oral tablet 37.5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
QSYMIA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11.25-69 MG, 15-92 MG, 3.75-23 MG, 7.5-46 MG	\$0, Nivel 3	
<i>sm nicotine mouth/throat gum 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm nicotine mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 4 mg</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr</i>	\$0, Nivel 3	
<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 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>co q-10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>coenzyme q10 oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>co-enzyme q10 oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>co-enzyme q-10 oral capsule 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>coq10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>coq-10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>coq-10 oral capsule extended release 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>eq1 coq10 oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp co q10 oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp melatonin maximum strength oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0, Nivel 3	
H2Q ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nivel 3	
<i>hm coq10 oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>melatonin oral liquid 1 mg/4ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>melatonin oral tablet 1 mg, 3 mg</i>	\$0, Nivel 3	
Q-SORB CO Q-10 ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nivel 3	
Q-SORB ORAL CAPSULE 30 MG	\$0, Nivel 3	
<i>ra coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>yl coenzyme q10 oral capsule 30 mg</i>	\$0, Nivel 3	
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	

LEYENDA

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

LEYENDA

PA = Autorización previa QL = Límite de cantidad ST = Tratamiento escalonado B/D = Autorización previa 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
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	
TRICARE ORAL TABLET	\$0, Nivel 2	
Electrolitos		
<i>gnp electrolyte solution oral solution</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0, Nivel 3	
ORALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	\$0, Nivel 3	
ORALYTE ORAL SOLUTION	\$0, Nivel 3	
<i>ped electrolyte freezer pops oral solution</i>	\$0, Nivel 3	
<i>pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0, Nivel 3	
Minerales		
CALCI-CHEW ORAL TABLET CHEWABLE 1250 (500 CA) MG	\$0, Nivel 3	
CALCITRATE ORAL TABLET 315-250 MG-UNIT, 950 (200 CA) MG	\$0, Nivel 3	
<i>calcium 500 + d oral tablet 500-125 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>calcium 500/d oral tablet 500-200 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>calcium 500/d oral tablet chewable 500-400 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>calcium 500/vitamin d oral tablet 500-125 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg, 600 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>calcium 600+d oral tablet 600-400 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>calcium 600-d oral tablet 600-400 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 carb-cholecalciferol oral tablet 250-125 mg-unit, 600-200 mg-unit, 600-400 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>calcium carbonate oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>calcium carbonate powder</i>	\$0, Nivel 3	
<i>calcium high potency oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>calcium high potency/vitamin d oral tablet 600-200 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>calcium oral tablet chewable 500-100 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>calcium-folic acid plus d oral wafer 1342-1 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>calcium-vitamin d3 oral tablet 250-125 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>citrus calcium +d oral tablet 315-250 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>citrus calcium/vitamin d oral tablet 200-250 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp calcium 500 +d3 oral tablet 500-600 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp calcium citrate +d3 oral tablet 315-250 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm zinc oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>magdelay oral tablet delayed release 70 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>mag-g oral tablet 500 (27 mg) mg</i>	\$0, Nivel 3	
MAGNEBIND 300 ORAL TABLET 250-300 MG	\$0, Nivel 3	
MAGNEBIND 400 ORAL TABLET 80-115 MG	\$0, Nivel 3	
<i>magnesium 27 oral tablet 500 (27 mg) mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>magnesium chloride oral tablet delayed release 64 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>magnesium oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>magnesium oxide oral tablet 400 (240 mg) mg, 400 (241.3 mg) mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>manganese chloride intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
NU-MAG ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG	\$0, Nivel 3	
OS-CAL ORAL TABLET CHEWABLE 500-600 MG-UNIT	\$0, Nivel 3	
OYSCO 500 ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nivel 3	
OYSCO 500+D ORAL TABLET 500-200 MG-UNIT	\$0, Nivel 3	
<i>oyster shell calcium 500 + d oral tablet 500-125 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>oyster shell calcium oral tablet 500 mg, 500-400 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>oyster shell calcium w/d oral tablet 500-200 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>oyster shell calcium/d oral tablet 500-200 mg-unit, 500-400 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>oyster shell calcium/vitamin d oral tablet 500-200 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sb oyster shell calcium oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm calcium 600/vitamin d oral tablet 600-400 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm calcium citrate w/vit d3 oral tablet 315-250 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm magnesium oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 500-400 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>zinc oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>zinc sulfate oral tablet 220 (50 zn) mg</i>	\$0, Nivel 3	
Nutrición Iv		
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 7 %	\$0, Nivel 2	B/D
<i>chromic chloride intravenous solution 40 mcg/10ml</i>	\$0, Nivel 3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0, Nivel 2	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0, Nivel 2	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0, Nivel 2	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0, Nivel 2	B/D
<i>clinimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %</i>	\$0, Nivel 2	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %</i>	\$0, Nivel 2	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/14) intravenous solution 8 %</i>	\$0, Nivel 2	B/D
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0, Nivel 1	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0, Nivel 2	B/D
<i>cupric chloride intravenous solution 0.4 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
<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 INTRAVENOUS SOLUTION 100-25-1500 MCG/ML	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
MULTITRACE-4 PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION 1-100-25-1000 MCG/ML	\$0, Nivel 3	
<i>multitrace-5 concentrate intravenous solution 10-1000- 500-60 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
MULTITRACE-5 INTRAVENOUS SOLUTION 4-400- 100-20 MCG/ML	\$0, Nivel 3	
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 intravenous solution 60 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION 300-55-60- 3000 MCG/ML	\$0, Nivel 3	
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nivel 2	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nivel 2	B/D
<i>zinc chloride intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
Vitaminas		
ANIMAL SHAPES ORAL TABLET CHEWABLE WITH C & FA	\$0, Nivel 3	
<i>animal shapes/iron oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0, Nivel 3	
ANIMI-3 ORAL CAPSULE 1 MG	\$0, Nivel 3	
ANIMI-3/VITAMIN D ORAL CAPSULE 1 MG	\$0, Nivel 3	
AQUADEKS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0, Nivel 3	
<i>aqueous vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>ascorbic acid oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>b complex oral capsule</i>	\$0, Nivel 3	
<i>b complex-c oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>b-12 tr oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>b-complex/b-12 oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>biotin oral capsule 5 mg, 5000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>biotin oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>bp vit 3 oral capsule 1 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>c 250 oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>c-1000 oral tablet extended release 1000 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>c-1000/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>c-500 oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
CARDIOTEK RX ORAL TABLET	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>centamin oral liquid</i>	\$0, Nivel 3	
CEROVITE JR ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0, Nivel 3	
<i>chewable vite childrens oral tablet chewable</i>	\$0, Nivel 3	
<i>childrens animal shapes oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>childrens chewable vitamins oral tablet chewable</i>	\$0, Nivel 3	
<i>classic prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>cod liver oil oral capsule 4000-200 unit</i>	\$0, Nivel 3	
CORVITA ORAL TABLET 1.25 MG	\$0, Nivel 3	
<i>cvs b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>cvs vitamin b-12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>d 1000 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>d 400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>d 5000 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>d3 high potency oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>daily vitamins oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>daily-vite oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>daily-vite/iron/beta-carotene oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
DECARA ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT), 250 MCG (10000 UT), 625 MCG (25000 UT)	\$0, Nivel 3	
DERMACINRX PUREFOLIX ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0, Nivel 3	
DIALYVITE 3000 ORAL TABLET 3 MG	\$0, Nivel 3	
DIALYVITE 5000 ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nivel 3	
DIALYVITE 800 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0, Nivel 3	
DIALYVITE 800/ZINC ORAL TABLET 0.8 MG	\$0, Nivel 3	
DIALYVITE 800-ZINC 15 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0, Nivel 3	
DIALYVITE ORAL TABLET	\$0, Nivel 3	
DIALYVITE SUPREME D ORAL TABLET 3 MG	\$0, Nivel 3	
DIALYVITE VITAMIN D 5000 ORAL CAPSULE 125 MCG (5000 UT)	\$0, Nivel 3	
DIALYVITE/ZINC ORAL TABLET	\$0, Nivel 3	
DRISDOL ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0, Nivel 3	
<i>e-400 oral capsule 400 unit</i>	\$0, Nivel 3	
ELDERTONIC ORAL LIQUID	\$0, Nivel 3	
ENDUR-C ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG, 500 MG	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>eqi b complex 50 oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>ergocalciferol oral capsule 1.25 mg (50000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>ergocalciferol oral solution 200 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
ESTER-C ORAL TABLET	\$0, Nivel 3	
<i>fabb oral tablet 2.2-25-1 mg</i>	\$0, Nivel 3	
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML	\$0, Nivel 3	
<i>folic acid injection solution 5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg, 800 mcg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>folite oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
FOLIXAPURE ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0, Nivel 3	
FOLTABS 800 ORAL TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG	\$0, Nivel 3	
FOLTRATE ORAL TABLET 500-1 MCG-MG	\$0, Nivel 3	
FOLTREXYL ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0, Nivel 3	
<i>gnp childrens complete oral tablet chewable</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp essential one daily oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp healthy eyes supervision oral capsule</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp little ones childrens oral tablet chewable</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp one daily plus iron oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp vitamin c oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp vitamin d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm niacin oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm vitamin b100 complex oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm vitamin b-12 tr oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm vitamin b50 complex oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm vitamin c tr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hydroxocobalamin acetate intramuscular solution 1000 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$0, Nivel 3	
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE	\$0, Nivel 3	
ICAPS ORAL CAPSULE	\$0, Nivel 3	
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS INJECTABLE	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nivel 3	
<i>l-methylfolate calcium oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>l-methylfolate-b6-b12 oral tablet 3-35-2 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>l-methyl-mc nac oral tablet 6-2-600 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>l-methyl-mc oral tablet 6-1-50-5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
M.V.I. ADULT INTRAVENOUS INJECTABLE	\$0, Nivel 3	
M.V.I. PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	\$0, Nivel 3	
MAXIMUM D3 ORAL CAPSULE 325 MCG (13000 UT)	\$0, Nivel 3	
MEPHYTON ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nivel 3	
<i>multiple vitamins essential oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>multi-vit/iron/fluoride oral solution 0.25-10 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>multivitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>multivitamin/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>multivitamin/fluoride/iron oral solution 0.25-10 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>multi-vitamins oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
MVC-FLUORIDE ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	\$0, Nivel 3	
NASCOBAL NASAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML	\$0, Nivel 3	
NEPHPLEX RX ORAL TABLET	\$0, Nivel 3	
<i>niacin er oral capsule extended release 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>niacinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
NICOMIDE ORAL TABLET 750-27-2-0.5 MG	\$0, Nivel 3	
<i>norwegian cod liver oil oral capsule</i>	\$0, Nivel 3	
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nivel 3	
OCUVITE ADULT 50+ ORAL CAPSULE	\$0, Nivel 3	
OCUVITE ADULT FORMULA ORAL CAPSULE	\$0, Nivel 3	
<i>once daily oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>once daily/iron oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>one daily oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>pan-c 500/bioflavonoids oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>phytonadione oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>poly vitamin oral tablet chewable</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>polyvitamin/iron oral tablet chewable</i>	\$0, Nivel 3	
<i>prenatal oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>prenatal vitamins oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0, Nivel 3	
PRESERVISION AREDS 2 ORAL CAPSULE	\$0, Nivel 3	
PRESERVISION AREDS ORAL CAPSULE	\$0, Nivel 3	
PRESERVISION/LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0, Nivel 3	
<i>pyridoxine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>pyridoxine hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>ra balanced b-100 oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>ra balanced b-50 oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>ra vitamin b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>ra vitamin b12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>ra vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
RENAL ORAL CAPSULE 1 MG	\$0, Nivel 3	
<i>rena-vite oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>reno caps oral capsule 1 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm animal shapes kids first oral tablet chewable</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm b100 complex oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm balanced b-50 oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm b-complex oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm chewable c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm multiple vitamins essential oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm multiple vitamins/iron oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm super b complex/c oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm vit c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm vitamin b-12 oral tablet 100 mcg, 500 mcg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm vitamin b12 tr oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm vitamin e oral capsule 1000 unit, 200 unit, 400 unit</i>	\$0, Nivel 3	
<i>span c oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>stress formula oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>stress formula/iron oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
STROVITE FORTE ORAL TABLET	\$0, Nivel 3	
STROVITE ONE ORAL TABLET	\$0, Nivel 3	
SUPER NU-THERA ORAL LIQUID	\$0, Nivel 3	
SUPER QUINTS B-50 ORAL TABLET	\$0, Nivel 3	
<i>superplex-t oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
TAB-A-VITE ORAL TABLET	\$0, Nivel 3	
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE ORAL TABLET	\$0, Nivel 3	
<i>tab-a-viteliron oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
THERA ORAL TABLET	\$0, Nivel 3	
THEREMS ORAL TABLET	\$0, Nivel 3	
<i>thiamine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>thiamine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>thiamine mononitrate oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>thrivite 19 oral tablet 1 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>total b/c oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
<i>tripbrocaps oral capsule 1 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>tri-vitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
UDAMIN SP ORAL TABLET 1 MG	\$0, Nivel 3	
<i>virt-caps oral capsule 1 mg</i>	\$0, Nivel 3	
VIRT-GARD ORAL TABLET 2.2-25-1 MG	\$0, Nivel 3	
<i>vita-beelc oral tablet</i>	\$0, Nivel 3	
VITAFOL ORAL TABLET	\$0, Nivel 3	
VITAL-D RX ORAL TABLET 1 MG	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin b-1 oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin b-12 er oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin b12 tr oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin c er oral capsule extended release 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin c er oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin c oral tablet chewable 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin c/rose hips tr oral tablet extended release 1000 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin c-rose hips er oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 tr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin d oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin d3 oral capsule 125 mcg (5000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin e oral capsule 100 unit, 200 unit, 400 unit, 450 mg (1000 ut)</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamin k1 injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamins acd-fluoride oral solution 0.25 mg/ml</i>	\$0, Nivel 3	
<i>vitamins for hair oral capsule</i>	\$0, Nivel 3	
VITREXYL + IRON ORAL TABLET	\$0, Nivel 3	
VITREXYL ORAL TABLET	\$0, Nivel 3	
<i>vp-vite rx oral tablet 1 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>westab mini oral tablet 2.2-25-1 mg</i>	\$0, Nivel 3	
<i>zoo friends complete oral tablet chewable</i>	\$0, Nivel 3	
<i>zoo friends gummies oral tablet chewable</i>	\$0, Nivel 3	
<i>zoo friends oral tablet chewable</i>	\$0, Nivel 3	

TÓPICOS

Agentes Para Boca/Garganta/Dentales

CEPACOL SORE THROAT & COUGH MOUTH/THROAT LOZENGE 5-7.5 MG	\$0, Nivel 3	
<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 MOUTH/THROAT SOLUTION 2-0.5-0.1 %	\$0, Nivel 3	
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0, Nivel 1	
PERIOMED MOUTH/THROAT CONCENTRATE 0.63 %	\$0, Nivel 3	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nivel 1	

LEYENDA

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

NOMBRE DE LA DROGA	COSTO Y NIVEL	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	\$0, Nivel 1	
Dermatología, Acné		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nivel 1	PA
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 EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0, Nivel 3	
BENZEPRO SHORT CONTACT EXTERNAL FOAM 9.8 %	\$0, Nivel 3	
<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
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)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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, Antibióticos		
<i>bacitracin external ointment 500 unit/gm</i>	\$0, Nivel 3	
<i>bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0, Nivel 3	
<i>first aid antibiotic external ointment 3.5-400-5000 mg-unit</i>	\$0, Nivel 3	
<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 external ointment 500 unit/gm</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp triple antibiotic external ointment</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp triple antibiotic plus external ointment 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm triple antibiotic max st external ointment 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (220 per 30 days)
<i>qc triple antibiotic max st external ointment 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>sm antibiotic external ointment 500 unit/gm</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm triple antibiotic max st external ointment 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
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 external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0, Nivel 3	
<i>triple antibiotic plus external ointment 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>triple antibiotic+pain relief external ointment 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
Dermatología, Anticuerpos		
ALOE VESTA CLEAR ANTIFUNGAL EXTERNAL OINTMENT 2 %	\$0, Nivel 3	
<i>antifungal (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>antifungal clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>anti-fungal external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>antifungal external cream 2 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>anti-fungal external powder 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>antifungal external powder 2 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>athletes foot (terbinafine) external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>athletes foot powder spray external aerosol powder 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>athletes foot spray external aerosol 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
BANOPHEN EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>baza antifungal external cream 2 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>benzoin external tincture</i>	\$0, Nivel 3	
<i>butenafine hcl external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
CARRINGTON ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %	\$0, Nivel 3	
<i>castellani paint modified external liquid 1.5 %</i>	\$0, Nivel 3	
<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 external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>clotrimazole athletes foot external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>clotrimazole cream 1 % external (otc) 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>clotrimazole cream 1 % external (rx) 1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (45 per 30 days)
<i>clotrimazole solution 1 % external (otc) 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>clotrimazole solution 1 % external (rx) 1 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (30 per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (45 per 30 days)
DESENEX EXTERNAL POWDER 2 %	\$0, Nivel 3	
<i>diphenhydramine-zinc acetate external cream 2-0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	
FUNGOID TINCTURE EXTERNAL SOLUTION 2 %	\$0, Nivel 3	
<i>gnp anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp athletes foot external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp terbinafine hydrochloride external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>itch relief extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (60 per 30 days)
<i>miconazole nitrate external cream 2 %</i>	\$0, Nivel 3	
MICRO GUARD EXTERNAL POWDER 2 %	\$0, Nivel 3	
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 external cream 2-0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
REMEDY ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %	\$0, Nivel 3	
REMEDY PHYTOPLEX ANTIFUNGAL EXTERNAL POWDER 2 %	\$0, Nivel 3	
<i>sm antifungal clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm antifungal miconazole external cream 2 %</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 antifungal tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm athletes foot external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
SOOTHE & COOL INZO ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %	\$0, Nivel 3	
<i>terbinafine hcl external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>tolnaftate antifungal external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>tolnaftate external powder 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
ZEASORB-AF EXTERNAL POWDER 2 %	\$0, Nivel 3	
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)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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>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)
<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 external liquid 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>eq lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp lice treatment external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa QL = Límite de cantidad ST = Tratamiento escalonado B/D = Autorización previa 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 lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>lice killing external shampoo 0.33-4 %, 4-0.33 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>lice killing maximum strength external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>lice treatment external lotion 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
<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)
RID LICE KILLING SHAMPOO EXTERNAL SHAMPOO 0.33-4 %	\$0, Nivel 3	
<i>sb lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm lice killing max strength external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm lice solution kit combination kit 0.33-4-0.5 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm lice treatment external lotion 1 %</i>	\$0, Nivel 3	
Dermatología, Varios Para La Piel Y Membranas Mucosas		
<i>ammonium lactate cream 12 % external (otc) 12 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>ammonium lactate cream 12 % external (rx) 12 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (otc) 12 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (rx) 12 %</i>	\$0, Nivel 1	
<i>antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>arthritis pain relieving external cream 0.075 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>calamine phenolated external lotion</i>	\$0, Nivel 3	
<i>calamine-zinc oxide external lotion 8-8 %</i>	\$0, Nivel 3	
CALMOSEPTINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.6 %	\$0, Nivel 3	
<i>capsaicin external cream 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0, Nivel 3	
CLORPACTIN POWDER 2 GM	\$0, Nivel 3	
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	\$0, Nivel 1	PA; QL (1000 per 30 days)
DYNA-HEX 4 EXTERNAL SOLUTION 4 %	\$0, Nivel 3	
<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 external solution 4 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp capsaicin external liquid 0.15 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0, Nivel 3	
<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)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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
KERR TRIPLE DYE SWABS EXTERNAL SWAB	\$0, Nivel 3	
<i>lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>lidocaine pain relieving external patch 4 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (45 per 30 days)
<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 EXTERNAL CREAM	\$0, Nivel 3	
PENTRAVAN PLUS EXTERNAL CREAM	\$0, Nivel 3	
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	\$0, Nivel 1	QL (7 per 28 days)
<i>povidone-iodine external ointment 10 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0, Nivel 3	
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 external lotion</i>	\$0, Nivel 3	
<i>qc povidone iodine external solution 10 %</i>	\$0, Nivel 3	
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 external solution 4 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm calamine external lotion</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm calamine phenolated external lotion</i>	\$0, Nivel 3	
<i>sm povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0, Nivel 3	
<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 EXTERNAL SOLUTION 6.25 %	\$0, Nivel 3	
<i>zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0, Nivel 3	
ZOSTRIX HP EXTERNAL CREAM 0.1 %	\$0, Nivel 3	
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF EXTERNAL CREAM 0.033 %	\$0, Nivel 3	
Óticos		
<i>ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp earwax removal drops otic solution 6.5 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>gnp earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm earwax removal aid otic solution 6.5 %</i>	\$0, Nivel 3	
<i>hm earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa 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 ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0, Nivel 3	

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización 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.....	88	all day allergy.....	83	amphotericin b.....	36
12 hour nasal decongestant.....	88, 89	all day allergy childrens.....	83	ampicillin.....	43
12 hour nasal spray.....	89	all day allergy d.....	89	ampicillin sodium.....	43
24hr allergy relief.....	83	all day allergy-d.....	89	ampicillin-sulbactam sodium.....	43
3 day vaginal.....	74	all-day allergy childrens.....	83	anagrelide hcl.....	76
8 hour arthritis pain reliever.....	31	aller-chlor.....	83	anastrozole.....	15
8 hr arthritis pain relief.....	31	aller-ease.....	83	ANDRODERM.....	53
8hr muscle aches & pain.....	31	allergy.....	83	ANIMAL SHAPES.....	114
abacavir sulfate.....	34	allergy 24-hr.....	83	animal shapes/iron.....	114
abacavir sulfate-lamivudine.....	36	allergy childrens.....	83	ANIMI-3.....	114
abacavir-lamivudine-zidovudine.....	36	allergy rel child (loratadine).....	83	ANIMI-3/VITAMIN D.....	114
ABELCET.....	36	allergy relief.....	83	ANORO ELLIPTA.....	86
ABILIFY MAINTENA.....	102	allergy relief childrens.....	83	antacid.....	66
abiraterone acetate.....	15	allergy relief d.....	89	antacid anti-gas max strength.....	66
ABRAXANE.....	22	allergy relief d-12.....	89	antacid fast relief.....	66
acamprosate calcium.....	107	allergy relief d-24.....	89	antacid maximum strength.....	66
acarbose.....	60	allergy relief/nasal decongest.....	89	antacid plus anti-gas fast act.....	66
ACCUTANE.....	121	allergy relief-d.....	89	antacid plus anti-gas relief.....	66
acebutolol hcl.....	46	allergy/congestion relief.....	89	antacid regular strength.....	66
acetaminophen.....	31	allergy-time.....	83	antacid/anti-gas.....	66
acetaminophen childrens.....	31	allopurinol.....	33	anti-diarrheal.....	67
acetaminophen er.....	31	ALMACONE DOUBLE STRENGTH.....	66	antifungal.....	122
acetaminophen extra strength.....	31	ALOE VESTA CLEAR.....		anti-fungal.....	122
acetaminophen infants.....	31	ANTIFUNGAL.....	122	antifungal (tolnaftate).....	122
acetaminophen-codeine.....	30	alosetron hcl.....	68	antifungal clotrimazole.....	122
acetaminophen-codeine #3.....	30	ALPHAGAN P.....	78	anti-itch.....	122
acetazolamide.....	49	alprazolam.....	96	antiseptic skin cleanser.....	126
acetazolamide er.....	49	ALREX.....	80	aprepitant.....	68
acetic acid.....	75, 82	ALTAVERA.....	53	APRI.....	53
acetylcysteine.....	87	alum & mag hydroxide-simeth.....	66	APTIO.....	96
acitretin.....	124	alumina-magnesia-simethicone.....	66	APTIVUS.....	34
ACTHIB.....	26	aluminum hydroxide gel.....	66	AQUADEKS.....	114
ACTIMMUNE.....	25	ALUNBRIG.....	16	aqueous vitamin d.....	114
active fe.....	76	alyacen 1/35.....	53	ARALAST NP.....	87
acyclovir.....	39	alyacen 7/7/7.....	53	ARANELLE.....	53
acyclovir sodium.....	39	AMABELZ.....	63	ARCALYST.....	25
ADACEL.....	26	amantadine hcl.....	94	aripiprazole.....	102
adefovir dipivoxil.....	39	AMBISOME.....	36	ARISTADA.....	102
ADEMPAS.....	50	ambrisentan.....	50	ARISTADA INITIO.....	102
ADIPEX-P.....	107	AMETHIA.....	53	armodafinil.....	107
ADRENALIN.....	50	amikacin sulfate.....	37	ARNUITY ELLIPTA.....	88
ADRIAMYCIN.....	21	amiloride hcl.....	49	arthritis pain relief.....	31
ADVAIR DISKUS.....	86	amiloride-hydrochlorothiazide.....	49	arthritis pain reliever.....	31
ADVAIR HFA.....	86	AMINOSYN-PF.....	113	arthritis pain relieving.....	126
AFINITOR.....	16	amiodarone hcl.....	45	artificial tears.....	81
AFINITOR DISPERZ.....	16	amitriptyline hcl.....	100	ascorbic acid.....	114
AFIRMELLE.....	53	amlodipine besy-benazepril hcl.....	49	asenapine maleate.....	102
AIMOVIG.....	106	amlodipine besylate.....	47	ASHLYNA.....	53
ala-cort.....	124	amlodipine besylate-valsartan.....	48	aspirin.....	31
albendazole.....	37	amlodipine-olmesartan.....	48	aspirin ec.....	31
albuterol sulfate.....	86	amlodipine-valsartan-hctz.....	48	aspirin-dipyridamole er.....	78
albuterol sulfate hfa.....	85, 86	ammonium lactate.....	126	ASSURE ID INSULIN SAFETY	
alclometasone dipropionate.....	124	AMNESTEEM.....	121	SYR.....	58
ALDURAZYME.....	61	amoxapine.....	100	atazanavir sulfate.....	34
ALECENSA.....	16	amoxicillin.....	43	atenolol.....	46
alendronate sodium.....	65	amoxicillin-pot clavulanate.....	43	atenolol-chlorthalidone.....	48
alfuzosin hcl er.....	75	amoxicillin-pot clavulanate er.....	43	athletes foot (terbinafine).....	122
ALIMTA.....	21	amphetamine-dextroamphet er.....	105	athletes foot powder spray.....	122
aliskiren fumarate.....	50	amphetamine-dextroamphetamine.....	105	athletes foot spray.....	122

<i>atomoxetine hcl</i>	105	<i>betamethasone dipropionate</i>	124	<i>c-500</i>	114
<i>atorvastatin calcium</i>	46	<i>betamethasone dipropionate aug.</i> ..	124	<i>cabergoline</i>	62
<i>atovaquone</i>	37	<i>betamethasone valerate</i>	124	CABOMETYX.....	16
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	39	BETASERON.....	95	<i>calamine phenolated</i>	126
<i>atropine sulfate</i>	81	<i>betaxolol hcl</i>	46, 78	<i>calamine-zinc oxide</i>	126
ATROVENT HFA.....	83	<i>bethanechol chloride</i>	75	CALCI-CHEW.....	111
AUBRA EQ.....	53	BETOPTIC-S.....	78	<i>calcipotriene</i>	124
AUROVELA 1/20.....	53	BEVESPI AEROSPHERE.....	86	<i>calcitonin (salmon)</i>	65
AUROVELA 24 FE.....	53	<i>bexarotene</i>	22	CALCITRATE.....	111
AUROVELA FE 1.5/30.....	53	BEXSERO.....	26	CALCITRENE.....	124
AUROVELA FE 1/20.....	53	<i>bicalutamide</i>	15	<i>calcitriol</i>	53
AUSTEDO.....	105	BICILLIN L-A.....	43	<i>calcium</i>	112
AVASTIN.....	16	BIKTARVY.....	36	<i>calcium 500 + d</i>	111
AVIANE.....	53	<i>biotin</i>	114	<i>calcium 500/d</i>	111
AVITA.....	121	<i>bisacodyl</i>	70	<i>calcium 500/vitamin d</i>	111
AYUNA.....	53	<i>bisacodyl ec</i>	70	<i>calcium 600</i>	111
AYVAKIT.....	16	<i>bismatrol</i>	67	<i>calcium 600+d</i>	111
<i>azacitidine</i>	21	<i>bisoprolol fumarate</i>	46	<i>calcium 600-d</i>	111
<i>azathioprine</i>	25	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	48	<i>calcium acetate</i>	51
<i>azelastine hcl</i>	78, 83	BIVIGAM.....	24	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	51
<i>azithromycin</i>	42	BLEPHAMIDE S.O.P.....	79	<i>calcium carb-cholecalciferol</i>	112
<i>aztreonam</i>	37	BLISOVI 24 FE.....	53	<i>calcium carbonate</i>	112
AZURETTE.....	53	BLISOVI FE 1.5/30.....	53	<i>calcium carbonate antacid</i>	112
<i>b complex</i>	114	BOOSTRIX.....	26	<i>calcium high potency</i>	112
<i>b complex-c</i>	114	<i>bortezomib</i>	16	<i>calcium high potency/vitamin d</i>	112
<i>b-1</i>	114	<i>bosentan</i>	50	<i>calcium-folic acid plus d</i>	112
<i>b-12 tr</i>	114	BOSULIF.....	16	<i>calcium-vitamin d3</i>	112
<i>bacitracin</i>	79, 122	<i>bp vit 3</i>	114	CALMOSEPTINE.....	126
<i>bacitracin zinc</i>	122	BRAFTOVI.....	16	CALQUENCE.....	16
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	79	BREO ELLIPTA.....	87	CAMILA.....	54
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	79	BREZTRI AEROSPHERE.....	86	CAMRESE.....	54
<i>baclofen</i>	95	<i>briellyn</i>	53	CAMRESE LO.....	54
<i>balsalazide disodium</i>	69	BRILINTA.....	78	<i>candesartan cilexetil</i>	45
BALVERSA.....	16	<i>brimonidine tartrate</i>	79	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	48
BALZIVA.....	53	<i>brinzolamide</i>	79	<i>capcof</i>	89
BANOPHEN.....	83, 122	BRIVIACT.....	96	CAPLYTA.....	102
BARACLUDE.....	39	<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	80	CAPRELSA.....	16
BASAGLAR KWIKPEN.....	58	<i>bromocriptine mesylate</i>	94	<i>capsaicin</i>	126
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE... 31		BROMSITE.....	80	<i>captopril</i>	50
<i>baza antifungal</i>	123	BRUKINSA.....	16	CARBAGLU.....	62
<i>bcg vaccine</i>	26	<i>budesonide</i>	70, 88	<i>carbamazepine</i>	96
<i>b-complex/b-12</i>	114	<i>budesonide er</i>	70	<i>carbamazepine er</i>	96
BELSOMRA.....	106	<i>bumetanide</i>	49	<i>carbidopa-levodopa</i>	95
<i>benazepril hcl</i>	50	<i>buprenorphine</i>	29	<i>carbidopa-levodopa er</i>	94
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	49	<i>buprenorphine hcl</i>	107	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	95
BENDEKA.....	15	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	107	<i>carboplatin</i>	15
BENLYSTA.....	25	<i>bupropion hcl</i>	100	CARDIOTEK RX.....	114
BENZEDREX.....	89	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	107	<i>carglumic acid</i>	62
BENZEPRO.....	121	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	100	<i>carisoprodol</i>	95
BENZEPRO SHORT CONTACT... 121		<i>bupropion hcl er (xl)</i>	100	CARRINGTON ANTIFUNGAL.....	123
<i>benzoin</i>	123	<i>buspirone hcl</i>	96	<i>carteolol hcl</i>	79
<i>benzonatate</i>	89	<i>butenafine hcl</i>	123	CARTIA XT.....	47
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	121	<i>butorphanol tartrate</i>	30	<i>carvedilol</i>	46
<i>benzphetamine hcl</i>	107	BYDUREON BCISE.....	60	<i>casprofungin acetate</i>	36
<i>benztropine mesylate</i>	94	BYETTA 10 MCG PEN.....	60	<i>castellani paint modified</i>	123
<i>bepotastine besilate</i>	78	BYETTA 5 MCG PEN.....	60	CAYSTON.....	37
BEPREVE.....	78	BYSTOLIC.....	46	CAZIENT.....	54
BERINERT.....	76	<i>c 250</i>	114	<i>cefaclor</i>	40, 41
BESIVANCE.....	80	<i>c-1000</i>	114	<i>cefaclor er</i>	40
BESREMI.....	22	<i>c-1000/rose hips</i>	114	<i>cefadroxil</i>	41

cefazolin sodium.....	41	ciprofloxacin hcl.....	42, 80	COMETRIQ (140 MG DAILY	
cefazolin sodium-dextrose.....	41	ciprofloxacin in d5w.....	42	DOSE).....	16
cefdinir.....	41	ciprofloxacin-dexamethasone.....	82	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	16
cefepime hcl.....	41	cisplatin.....	15	COMFORT ASSIST INSULIN	
cefixime.....	41	citalopram hydrobromide.....	100	SYRINGE.....	58
cefoxitin sodium.....	41	citrus calcium +d.....	112	COMPLERA.....	36
cefpodoxime proxetil.....	41	citrus calcium/vitamin d.....	112	complete allergy medicine.....	84
cefprozil.....	41	CLARAVIS.....	121	COMPRO.....	68
ceftazidime.....	41	clarithromycin.....	42	constulose.....	70
ceftazidime and dextrose.....	41	clarithromycin er.....	42	COPIKTRA.....	16
ceftriaxone sodium.....	41	classic prenatal.....	115	coq10.....	109
cefuroxime axetil.....	41	clindamycin hcl.....	37	coq-10.....	109
cefuroxime sodium.....	41	clindamycin palmitate hcl.....	37	CORLANOR.....	50
celecoxib.....	28	clindamycin phosphate.....	37, 74, 121	CORVITA.....	115
CELONTIN.....	96	clindamycin phosphate in d5w.....	37	CORVITA 150.....	76
centamin.....	115	clindamycin phosphate in nacl.....	37	CORVITE 150.....	76
CEPACOL SORE THROAT &		CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10).....	113	corvite fe.....	76
COUGH.....	120	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	113	COTELLIC.....	16
cephalexin.....	41	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	113	cough dm.....	89
CERDELGA.....	62	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	113	cough dm childrens.....	89
CEREZYME.....	62	clinimix/dextrose (6/5).....	113	cough/chest congestion dm.....	89
CEROVITE JR.....	115	clinimix/dextrose (8/10).....	113	CREON.....	70
cetirizine hcl.....	83, 84	clinimix/dextrose (8/14).....	113	cromolyn sodium.....	68, 78, 87
cetirizine hcl allergy child.....	83	CLINISOL SF.....	113	CRYSELLE-28.....	54
cetirizine hcl childrens.....	83	CLINOLIPID.....	113	cupric chloride.....	113
cetirizine hcl childrens alrgy.....	83	clobazam.....	96	cvs b-1.....	115
cetirizine hcl hives relief.....	83	clobetasol propionate.....	124, 125	cvs cough dm.....	89
cetirizine-pseudoephedrine er.....	89	clobetasol propionate e.....	124	cvs gauze sterile.....	58
cevimeline hcl.....	120	clomipramine hcl.....	100	cvs lice treatment.....	125
CHANTIX.....	107	clonazepam.....	96	cvs vitamin b-12.....	115
CHANTIX CONTINUING MONTH		clonidine.....	50	cyanocobalamin.....	115
PAK.....	107	clonidine hcl.....	50	cyclobenzaprine hcl.....	95
CHANTIX STARTING MONTH		clopidogrel bisulfate.....	78	cyclophosphamide.....	15
PAK.....	107	clorazepate dipotassium.....	96	cycloserine.....	35
charcoal.....	62	CLORPACTIN.....	126	cyclosporine.....	25
CHATEAL.....	54	clotrimazole.....	74, 120, 123	cyclosporine modified.....	25
CHEMET.....	52	clotrimazole 3.....	74	cyproheptadine hcl.....	84
chest congestion relief.....	89	clotrimazole anti-fungal.....	123	CYRED EQ.....	54
chest congestion relief dm.....	89	clotrimazole athletes foot.....	123	CYSTADANE.....	62
chewable vite childrens.....	115	clotrimazole-betamethasone.....	123	CYSTADROPS.....	81
childrens animal shapes.....	115	clozapine.....	102	CYSTAGON.....	62
childrens chewable vitamins.....	115	co q10.....	109	CYSTARAN.....	81
childrens ibuprofen.....	28	co q-10.....	109	cytarabine.....	21
childrens loratadine.....	84	COARTEM.....	39	d 1000.....	115
childrens silapap.....	31	cod liver oil.....	115	d 400.....	115
childrens silfedrine.....	89	coditussin ac.....	89	d 5000.....	115
chlorhexidine gluconate.....	120	coditussin dac.....	89	d3 high potency.....	115
chloroquine phosphate.....	39	coenzyme q10.....	109	d3 super strength.....	115
chlorpromazine hcl.....	102	coenzyme q-10.....	109	daily vitamins.....	115
chlorthalidone.....	49	co-enzyme q10.....	109	daily-vite.....	115
cholestyramine.....	46	co-enzyme q-10.....	109	daily-vitel/iron/beta-carotene.....	115
cholestyramine light.....	46	colchicine.....	33	dalfampridine er.....	95
CHROMAGEN.....	76	colchicine-probenecid.....	33	DALIRESP.....	87
chromic chloride.....	113	colesevelam hcl.....	46	danazol.....	63
ciclopirox olamine.....	123	colestipol hcl.....	46	dantrolene sodium.....	95
cilostazol.....	76	colistimethate sodium (cba).....	37	dapsone.....	38
CILOXAN.....	80	COMBIGAN.....	79	DAPTACEL.....	26
CIMDUO.....	36	COMBIVENT RESPIMAT.....	86	daptomycin.....	38
cinacalcet hcl.....	62	COMETRIQ (100 MG DAILY		DASETTA 1/35.....	54
CIPRO.....	42	DOSE).....	16	DASETTA 7/7/7.....	54

DAURISMO	16	difluprednate	80	ed chlorped jr	84
DAYSEE	54	DIGITEK	50	ed-apap	31
DEBLITANE	54	DIGOX	50	EDURANT	34
DECARA	115	digoxin	50	efavirenz	34
deferasirox	52	dihydroergotamine mesylate	106	efavirenz-emtricitab-tenofovir	36
deferasirox granules	52	DILANTIN	97	efavirenz-lamivudine-tenofovir	36
DELESTROGEN	63	DILANTIN INFATABS	97	ELDERTONIC	115
DELSTRIGO	36	diltiazem hcl	47	ELINEST	54
DELSYM	89	diltiazem hcl er	47	ELIQUIS	75
DELSYM COUGH CHILDRENS	89	diltiazem hcl er beads	47	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	75
DENGVAZIA	26	diltiazem hcl er coated beads	47	ELLA	54
DERMACINRX PUREFOLIX	115	dilt-xr	47	ELURYNG	54
DESCOVY	36	diphenhist	84	EMCYT	15
DESENEX	123	diphenhydramine hcl	84	EMOQUETTE	54
desipramine hcl	100	diphenhydramine hcl childrens	84	EMSAM	100
desmopressin ace spray refig	62	diphenhydramine-zinc acetate	123	emtricitabine	34
desmopressin acetate	62	diphenoxylate-atropine	68	emtricitabine-tenofovir df	36
desmopressin acetate pf	62	diphtheria-tetanus toxoids dt	26	EMTRIVA	34
desmopressin acetate spray	62	dipyridamole	78	EMVERM	38
desogestrel-ethinyl estradiol	54	disopyramide phosphate	45	enalapril maleate	51
desvenlafaxine succinate er	100	disulfiram	107	enalapril-hydrochlorothiazide	49
dexamethasone	64	divalproex sodium	97	ENBREL	23
DEXAMETHASONE INTENSOL	64	divalproex sodium er	97	ENBREL MINI	23
dexamethasone sod phosphate pf	64	docetaxel	22	ENBREL SURECLICK	23
dexamethasone sodium phosphate	64, 80	docu	70	ENDARI	76
DEXILANT	70	docusate calcium	71	ENDOCET	30
dexmethylphenidate hcl	105	docusate mini	71	ENDUR-C	115
dextromethorphan polistirex er	89	docusate sodium	71	enema	71
dextromethorphan-guaifenesin	90	DOCUSOL MINI	71	enema ready-to-use	71
dextrose	113	dofetilide	45	ENEMEEZ MINI	71
dextrose 5%/electrolyte #48	109	DOK	71	ENEMEEZ PLUS	71
dextrose in lactated ringers	109	donepezil hcl	99	ENERGIX-B	26
dextrose-nacl	109	DOPTLET	76	enoxaparin sodium	75
dextrose-sodium chloride	109	dorzolamide hcl	79	ENPRESSE-28	54
diabetic siltussin-dm max st	90	dorzolamide hcl-timolol mal	79	ENSKYCE	54
DIABETIC TUSSIN	90	DOTTI	63	ENSTILAR	125
DIABETIC TUSSIN DM	90	DOVATO	36	entacapone	95
DIABETIC TUSSIN MAX ST	90	doxazosin mesylate	44	entecavir	40
DIACOMIT	96	doxepin hcl	100, 106	ENTRESTO	48
DIALYVITE	115	doxorubicin hcl	21	enulose	71
DIALYVITE 3000	115	doxorubicin hcl liposomal	21	EPCLUSA	40
DIALYVITE 5000	115	DOXY 100	44	EPIDIOLEX	97
DIALYVITE 800	115	doxycycline hyclate	44	epinephrine	87
DIALYVITE 800/ZINC	115	doxycycline monohydrate	44	epirubicin hcl	21
DIALYVITE 800-ZINC 15	115	DRISDOL	115	EPITOL	97
DIALYVITE SUPREME D	115	DRIZALMA SPRINKLE	100	EPIVIR HBV	40
DIALYVITE VITAMIN D 5000	115	dronabinol	68	eplerenone	45
DIALYVITE/ZINC	115	drosipren-eth estrad-levomefol	54	EPRONTIA	97
diazepam	97	drosiprenone-ethinyl estradiol	54	epsom salt	71
diazoxide	52	DROXIA	76	eq cough dm	90
diclofenac potassium	28	droxidopa	50	eq lice killing max st	125
diclofenac sodium	28, 80, 126	duloxetine hcl	100	eq b complex 50	116
diclofenac sodium er	28	DUREZOL	80	eq coq10	109
dicloxacin sodium	43	dutasteride	75	ergocalciferol	116
dicyclomine hcl	68	dutasteride-tamsulosin hcl	75	ergotamine-caffeine	106
diethylpropion hcl	107	DYNA-HEX 4	126	ERIVEDGE	16
diethylpropion hcl er	107	E.E.S. 400	42	ERLEADA	15
DIFICID	42	e-400	115	erlotinib hcl	16, 17
diflunisal	28	ear drops	127	ERRIN	54
		ec-naproxen	28	ertapenem sodium	38

<i>ery</i>	121	FERRLECIT.....	77	<i>fosinopril sodium</i>	51
ERY-TAB.....	42	<i>ferrous fumarate</i>	77	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	49
ERYTHROCIN LACTOBIONATE....	42	<i>ferrous gluconate</i>	77	FOTIVDA.....	17
ERYTHROCIN STEARATE.....	42	<i>ferrous sulfate</i>	77	FREAMINE III.....	113
<i>erythromycin</i>	42, 80, 121	FETZIMA.....	101	<i>fulvestrant</i>	15
<i>erythromycin base</i>	42	FETZIMA TITRATION.....	101	FUNGOID TINCTURE.....	123
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	42	FEVERALL ADULTS.....	31	<i>furosemide</i>	49
ESBRIET.....	87	FEVERALL CHILDRENS.....	31	FUSION.....	77
<i>escitalopram oxalate</i>	100, 101	FEVERALL INFANTS.....	31	FUSION PLUS.....	77
<i>esomeprazole magnesium</i>	70	FEVERALL JUNIOR STRENGTH... 31		FUZEON.....	34
ESTARYLLA.....	54	<i>fexofenadine hcl</i>	84	FYAVOLV.....	64
ESTER-C.....	116	FIASP.....	58	FYCOMPA.....	97
<i>estradiol</i>	63, 64	FIASP FLEXTOUCH.....	58	<i>gabapentin</i>	97
<i>estradiol valerate</i>	64	FIASP PENFILL.....	58	<i>galantamine hydrobromide</i> 99, 100	
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	64	<i>fiber</i>	71	<i>galantamine hydrobromide er</i>	99
<i>eszopiclone</i>	106	<i>fiber laxative</i>	71	GAMASTAN.....	24
<i>ethambutol hcl</i>	35	<i>fiber-lax</i>	71	GAMMAGARD.....	24
<i>ethosuximide</i>	97	<i>finasteride</i>	75	GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	24
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	54	FINTEPLA.....	97	GAMMAKED.....	25
<i>etodolac</i>	28	<i>first aid antibiotic</i>	122	GAMMAPLEX.....	25
<i>etodolac er</i>	28	FLAC.....	82	GAMUNEX-C.....	25
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	54	FLAREX.....	80	<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.....	71	<i>gas relief drops infants</i>	68
<i>everolimus</i>	17, 25	FLORIVA PLUS.....	116	<i>gas relief extra strength</i>	69
EVOTAZ.....	36	FLOVENT DISKUS.....	88	<i>gas relief ultra strength</i>	69
EXEL COMFORT POINT PEN		FLOVENT HFA.....	88	<i>gatifloxacin</i>	80
NEEDLE.....	58	<i>fluconazole</i>	37	GATTEX.....	69
<i>exemestane</i>	15	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	36	GAVILYTE-C.....	71
EXKIVITY.....	17	<i>flucytosine</i>	37	GAVILYTE-G.....	71
<i>ezetimibe</i>	46	<i>fludrocortisone acetate</i>	64	GAVILYTE-N WITH FLAVOR	
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	46	<i>flunisolide</i>	88	PACK.....	71
<i>fabb</i>	116	<i>fluocinolone acetonide</i> 83, 125		GAVRETO.....	17
FABRAZYME.....	62	<i>fluocinolone acetonide body</i>	125	<i>gemcitabine hcl</i>	21
FALMINA.....	54	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	125	<i>gemfibrozil</i>	45
<i>famciclovir</i>	40	<i>fluocinonide</i>	125	<i>generlac</i>	71
<i>famotidine</i>	65, 66	<i>fluocinonide emulsified base</i>	125	GENGRAF.....	25, 26
<i>famotidine premixed</i>	66	<i>fluorometholone</i>	80	GENOTROPIN.....	62
FANAPT.....	102	<i>fluorouracil</i>	21, 126	GENOTROPIN MINIQUEL.....	62
FANAPT TITRATION PACK.....	102	<i>fluoxetine hcl</i>	101	GENTAK.....	80
FARXIGA.....	60	<i>fluphenazine decanoate</i>	102	<i>gentamicin in saline</i>	38
FARYDAK.....	17	<i>fluphenazine hcl</i>	102, 103	<i>gentamicin sulfate</i> 38, 80, 122	
FASENRA.....	87	<i>flurbiprofen</i>	28	GENTEAL TEARS.....	81
FASENRA PEN.....	87	<i>flurbiprofen sodium</i>	80	GENTEAL TEARS MODERATE PF	81
<i>felbamate</i>	97	<i>flutamide</i>	15	<i>gentle laxative</i>	71
<i>felodipine er</i>	47	<i>fluticasone propionate</i> 88, 125		GENVOYA.....	36
FEMYNOR.....	54	<i>fluvoxamine maleate</i>	96	GILENYA.....	95
<i>fenofibrate</i>	45	<i>folic acid</i>	116	GILOTRIF.....	17
<i>fenofibrate micronized</i>	45	FOLITAB 500.....	77	<i>glatiramer acetate</i>	95
<i>fentanyl</i>	29	<i>folite</i>	116	GLATOPA.....	95
<i>fentanyl citrate</i>	30	FOLIVANE-F.....	77	<i>glimepiride</i>	60
FERAHEME.....	76	FOLIVANE-PLUS.....	77	<i>glipizide</i>	60
FERATE.....	76	FOLIXAPURE.....	116	<i>glipizide er</i>	60
FERIVA 21/7.....	76	FOLTABS 800.....	116	<i>glipizide xl</i>	60
FERIVAF.....	77	FOLTRATE.....	116	<i>glipizide-metformin hcl</i>	60
FEROSUL.....	77	FOLTREXYL.....	116	<i>global alcohol prep ease</i>	58
FERRALET 90.....	77	<i>fondaparinux sodium</i>	75	<i>glycerin (adult)</i>	71
<i>ferraplus 90</i>	77	FORTEO.....	65	<i>glycerin (infants & children)</i>	71
<i>ferretts</i>	77	<i>fosamprenavir calcium</i>	34	<i>glycerin (pediatric)</i>	71

<i>glycerin adult</i>	71	<i>gnp melatonin</i>	109	<i>goodsense pain relief</i>	32
<i>glycerin childrens</i>	71	<i>gnp melatonin maximum strength</i> ..	109	<i>goodsense pain relief extra st</i>	32
<i>glycopyrrolate</i>	68	<i>gnp miconazole 3</i>	74	<i>goodsense stomach relief</i>	67
<i>GLYDO</i>	121	<i>gnp miconazole 7</i>	74	<i>goodsense tussin cf</i>	90
<i>GLYXAMBI</i>	60	<i>gnp milk of magnesia</i>	71	<i>granisetron hcl</i>	68
<i>gnp 8 hour arthritis relief</i>	31	<i>gnp nasal decongestant</i>	90	<i>grape flavor</i>	51
<i>gnp 8 hour pain relief</i>	32	<i>gnp nasal decongestant pe</i>	90	<i>griseofulvin microsize</i>	37
<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	32	<i>gnp nasal spray</i>	90	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	37
<i>gnp acetaminophen</i>	32	<i>gnp nasal spray extra moist</i>	90	<i>guaiaatussin ac</i>	90
<i>gnp acetaminophen ex st</i>	32	<i>gnp nasal spray fast acting</i>	90	<i>guaifenesin</i>	91
<i>gnp all day allergy</i>	84	<i>gnp natural fiber</i>	71	<i>guaifenesin-codeine</i>	91
<i>gnp all day allergy childrens</i>	84	<i>gnp nicotine</i>	107	<i>guaifenesin-dm</i>	91
<i>gnp all day allergy-d</i>	90	<i>gnp nicotine mini</i>	107	<i>guanfacine hcl</i>	50
<i>gnp allergy</i>	84	<i>gnp nicotine polacrilex</i>	107	<i>guanfacine hcl er</i>	105
<i>gnp allergy & congestion</i>	90	<i>gnp no drip nasal spray</i>	90	<i>GVOKE HYPOPEN 2-PACK</i>	52
<i>gnp allergy antihistamine</i>	84	<i>gnp nose drops extra strength</i>	90	<i>GVOKE KIT</i>	52
<i>gnp allergy relief</i>	84	<i>gnp one daily plus iron</i>	116	<i>GVOKE PFS</i>	52
<i>gnp allergy/congestion relief</i>	90	<i>gnp pain & fever childrens</i>	32	<i>H2Q</i>	109
<i>gnp antacid & anti-gas</i>	66	<i>gnp pain & fever infants</i>	32	<i>HAEGARDA</i>	76
<i>gnp antacid regular strength</i>	66	<i>gnp pain relief</i>	32	<i>HAILEY 1.5/30</i>	54
<i>gnp anti-diarrheal</i>	67	<i>gnp pain relief extra strength</i>	32	<i>HAILEY 24 FE</i>	54
<i>gnp anti-gas</i>	69	<i>gnp pediatric electrolyte</i>	111	<i>halobetasol propionate</i>	125
<i>gnp anti-itch</i>	123	<i>gnp petroleum jelly</i>	51	<i>haloperidol</i>	103
<i>gnp antiseptic skin cleanser</i>	126	<i>gnp pink bismuth</i>	67	<i>haloperidol decanoate</i>	103
<i>gnp arthritis pain relief</i>	32	<i>gnp prenatal</i>	116	<i>haloperidol lactate</i>	103
<i>gnp artificial tears</i>	81	<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr</i>	90	<i>HARVONI</i>	40
<i>gnp aspirin</i>	32	<i>gnp senna lax</i>	71	<i>HAVRIX</i>	26
<i>gnp athletes foot</i>	123	<i>gnp stool softener</i>	72	<i>HEATHER</i>	54
<i>gnp bacitracin zinc</i>	122	<i>gnp stool softener/laxative</i>	72	<i>HEMATOGEN</i>	77
<i>gnp calcium</i>	112	<i>gnp suphedrin</i>	90	<i>HEMATOGEN FA</i>	77
<i>gnp calcium 500 +d3</i>	112	<i>gnp terbinafine hydrochloride</i>	123	<i>HEMATOGEN FORTE</i>	77
<i>gnp calcium citrate +d3</i>	112	<i>gnp tolnaftate</i>	123	<i>HEMOCYTE PLUS</i>	77
<i>gnp capsaicin</i>	126	<i>gnp triple antibiotic</i>	122	<i>HEMOCYTE-F</i>	77
<i>gnp childrens allergy</i>	84	<i>gnp triple antibiotic plus</i>	122	<i>heparin (porcine) in nacl</i>	75
<i>gnp childrens complete</i>	116	<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	90	<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	75
<i>gnp childrens ibuprofen</i>	28	<i>gnp tussin cough long acting</i>	90	<i>heparin sodium (porcine)</i>	75
<i>gnp clotrimazole 3</i>	74	<i>gnp tussin dm</i>	90	<i>HEPATAMINE</i>	113
<i>gnp co q10</i>	109	<i>gnp tussin dm cough</i>	90	<i>HERCEPTIN</i>	17
<i>gnp cough dm er</i>	90	<i>gnp tussin mucus & chest cong</i>	90	<i>HERCEPTIN HYLECTA</i>	17
<i>gnp earwax removal drops</i>	127	<i>gnp vitamin c</i>	116	<i>HERZUMA</i>	17
<i>gnp earwax removal kit</i>	127	<i>gnp vitamin c drops</i>	116	<i>HETLIOZ</i>	106
<i>gnp electrolyte solution</i>	111	<i>gnp vitamin d-400</i>	116	<i>HIBERIX</i>	27
<i>gnp enema</i>	71	<i>gnp womens gentle laxative</i>	72	<i>HISTEX-AC</i>	91
<i>gnp essential one daily</i>	116	<i>gnp zinc oxide</i>	126	<i>hm acetaminophen childrens</i>	32
<i>gnp gas relief</i>	69	<i>GOLYTELY</i>	72	<i>hm adult aspirin</i>	32
<i>gnp gas relief extra strength</i>	69	<i>GONAK</i>	81	<i>hm advanced antacid max st</i>	66
<i>gnp gentle laxative</i>	71	<i>goodsense all day allergy</i>	84	<i>hm all day allergy</i>	84
<i>gnp glycerin (adult)</i>	71	<i>goodsense aller-ease</i>	84	<i>hm all day allergy childrens</i>	84
<i>gnp glycerin child</i>	71	<i>goodsense allergy relief</i>	84	<i>hm allergy & congestion</i>	91
<i>gnp healthy eyes supervision</i>	116	<i>goodsense arthritis pain</i>	32	<i>hm allergy complete-d</i>	91
<i>gnp ibuprofen infants</i>	28	<i>goodsense aspirin</i>	32	<i>hm allergy relief</i>	84
<i>gnp ibuprofen junior strength</i>	28	<i>goodsense cough dm</i>	90	<i>hm allergy relief childrens</i>	84
<i>gnp infants pain/fever</i>	32	<i>goodsense cough dm childrens</i>	90	<i>hm allergy relief/nasal decong</i>	91
<i>gnp iron</i>	77	<i>goodsense epsom salt</i>	72	<i>hm antacid</i>	66
<i>gnp laxative</i>	71	<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	28	<i>hm antacid anti-gas ex st</i>	66
<i>gnp lice treatment</i>	125	<i>goodsense ibuprofen infants</i>	28	<i>hm antacid/antigas</i>	66
<i>gnp little ones childrens</i>	116	<i>goodsense lubricating eye drop</i>	81	<i>hm anti-diarrheal</i>	67
<i>gnp loratadine</i>	84	<i>goodsense nicotine</i>	107, 108	<i>hm antiseptic skin cleanser</i>	126
<i>gnp loratadine childrens</i>	84	<i>goodsense pain & fever child</i>	32	<i>hm arthritis pain relief</i>	32
<i>gnp lubricating plus eye drops</i>	81	<i>goodsense pain & fever infants</i>	32	<i>hm aspirin</i>	32

<i>hm aspirin ec</i>	32	HUMIRA PEN-CD/UC/HS		<i>infliximab</i>	23
<i>hm bacitracin zinc</i>	122	STARTER.....	23	INFUVITE ADULT.....	116
<i>hm cetirizine hcl</i>	84	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC		INFUVITE PEDIATRIC.....	117
<i>hm cetirizine hcl childrens</i>	84	START.....	23	INGREZZA.....	105
<i>hm coq10</i>	109	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS		INJECTAFER.....	77
<i>hm cough dm</i>	91	START.....	23	INLYTA.....	17
<i>hm dry eye relief</i>	81	HUMIRA PEN-PSOR/UEIT		INQOVI.....	21
<i>hm earwax removal aid</i>	127	STARTER.....	23	INREBIC.....	17
<i>hm earwax removal kit</i>	127	HUMULIN R U-500		INTEGRA.....	77
<i>hm enema</i>	72	(CONCENTRATED).....	59	INTEGRA F.....	77
<i>hm fexofenadine hcl</i>	85	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	59	INTEGRA PLUS.....	77
<i>hm gas relief</i>	69	HYCODAN.....	91	INTELENCE.....	34
<i>hm gas relief infants drops</i>	69	<i>hydralazine hcl</i>	50	INTRALIPID.....	113
<i>hm ibuprofen childrens</i>	28	<i>hydrochlorothiazide</i>	49	INTRON A.....	25
<i>hm ibuprofen ib</i>	28	<i>hydrocod polst-cpm polst er</i>	91	INTROVALE.....	54
<i>hm ibuprofen infants</i>	28	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	29	INVEGA SUSTENNA.....	103
<i>hm laxative</i>	72	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	30	INVEGA TRINZA.....	103
<i>hm lice killing max st</i>	125	<i>hydrocodone-homatropine</i>	91	INVIRASE.....	34
<i>hm lice treatment</i>	126	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	30	IPOL.....	27
<i>hm loratadine</i>	85	<i>hydrocortisone</i>	64, 70, 125	<i>ipratropium bromide</i>	83
<i>hm loratadine childrens</i>	85	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	126	<i>ipratropium-albuterol</i>	86
<i>hm lubricating plus</i>	81	<i>hydromet</i>	91	<i>irbesartan</i>	45
<i>hm lubricating tears</i>	81	<i>hydromorphone hcl</i>	30	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	48
<i>hm milk of magnesia</i>	72	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	116	IRESSA.....	17
<i>hm nasal decongestant</i>	91	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	24	<i>irinotecan hcl</i>	22
<i>hm nasal decongestant 12 hour</i>	91	<i>hydroxyurea</i>	22	<i>iron</i>	77
<i>hm nasal decongestant pe</i>	91	<i>hydroxyzine hcl</i>	85	<i>iron chews pediatric</i>	77
<i>hm nasal spray</i>	91	<i>hydroxyzine pamoate</i>	85	ISENTRESS.....	34
<i>hm niacin</i>	116	HYSINGLA ER.....	29	ISENTRESS HD.....	34
<i>hm nicotine</i>	108	<i>ibandronate sodium</i>	65	ISIBLOOM.....	54
<i>hm nicotine polacrilex</i>	108	IBRANCE.....	17	ISOLYTE-P IN D5W.....	109
<i>hm nose drops</i>	91	IBU.....	29	ISOLYTE-S.....	109
<i>hm pain & fever childrens</i>	32	<i>ibuprofen</i>	29	ISOLYTE-S PH 7.4.....	110
<i>hm pain & fever infants</i>	32	<i>ibuprofen childrens</i>	29	<i>isoniazid</i>	35
<i>hm pain relief</i>	32	<i>ibuprofen infants drops</i>	29	ISOPTO ATROPINE.....	81
<i>hm pain relief extra strength</i>	32	<i>ibuprofen junior strength</i>	29	ISOPTO TEARS.....	81
<i>hm pain reliever</i>	32	ICAPS.....	116	<i>isosorbide dinitrate</i>	51
<i>hm petroleum jelly</i>	51	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	116	<i>isosorbide mononitrate</i>	51
<i>hm povidone-iodine</i>	126	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN...	116	<i>isosorbide mononitrate er</i>	51
<i>hm senna</i>	72	<i>icatibant acetate</i>	76	<i>isotretinoin</i>	121
<i>hm sinus nasal spray</i>	91	ICLEVIA.....	54	<i>isradipine</i>	47
<i>hm stomach relief</i>	67	ICLUSIG.....	17	<i>itch relief extra strength</i>	123
<i>hm stool softener</i>	72	IDHIFA.....	17	<i>itraconazole</i>	37
<i>hm stool softener/laxative</i>	72	IFEREX 150.....	77	<i>ivermectin</i>	38
<i>hm triple antibiotic</i>	122	ILEVRO.....	80	IXIARO.....	27
<i>hm triple antibiotic max st</i>	122	<i>imatinib mesylate</i>	17	JAKAFI.....	17
<i>hm tussin adult</i>	91	IMBRUVICA.....	17	JANTOVEN.....	75
<i>hm tussin adult dm</i>	91	<i>imipenem-cilastatin</i>	38	JANUMET.....	60
<i>hm vitamin b100 complex</i>	116	<i>imipramine hcl</i>	101	JANUMET XR.....	60
<i>hm vitamin b12</i>	116	<i>imiquimod</i>	126	JANUVIA.....	60
<i>hm vitamin b-12 tr</i>	116	IMOVAX RABIES.....	27	JARDIANCE.....	60
<i>hm vitamin b50 complex</i>	116	INCASSIA.....	54	JASMIEL.....	55
<i>hm vitamin c tr</i>	116	INCRELEX.....	62	JENTADUETO.....	60
<i>hm vitamin e</i>	116	INCRUSE ELLIPTA.....	83	JENTADUETO XR.....	60
<i>hm zinc</i>	112	<i>indapamide</i>	49	JINTELI.....	64
HUMIRA.....	23	INFANRIX.....	27	JOLESSA.....	55
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS		<i>infants gas relief</i>	69	JULEBER.....	55
START.....	23	<i>infants ibuprofen</i>	29	JULUCA.....	36
HUMIRA PEN.....	23	<i>infants simethicone</i>	69	JUNEL 1.5/30.....	55
		INFED.....	77	JUNEL 1/20.....	55

JUNEL FE 1.5/30.....	55	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	18	LOESTRIN 1/20 (21).....	55
JUNEL FE 1/20.....	55	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	18	LOESTRIN FE 1.5/30.....	56
JUNEL FE 24.....	55	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	18	LOESTRIN FE 1/20.....	56
KADCYLA.....	17	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	18	lohist-dm.....	91
KAITLIB FE.....	55	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	18	LOKELMA.....	52
KALYDECO.....	87	LESSINA.....	55	LOMAIRA.....	108
KANJINTI.....	17	letrozole.....	15	LONSURF.....	21
KARIVA.....	55	leucovorin calcium.....	21	loperamide hcl.....	67, 69
kcl in dextrose-nacl.....	110	LEUKERAN.....	15	lopinavir-ritonavir.....	36
KELNOR 1/35.....	55	leuprolide acetate.....	15	loratadine.....	85
KELNOR 1/50.....	55	levalbuterol hcl.....	86	loratadine childrens.....	85
KERR TRIPLE DYE SWABS.....	127	levalbuterol tartrate.....	86	loratadine-d 12hr.....	91
ketoconazole.....	37, 123, 124	LEVEMIR.....	59	loratadine-d 24hr.....	91
KETO-DIASTIX.....	62	LEVEMIR FLEXTOUCH.....	59	lorazepam.....	96
ketorolac tromethamine.....	80	levetiracetam.....	98	LORAZEPAM INTENSOL.....	96
KEYTRUDA.....	17	levetiracetam er.....	97	LORBRENA.....	18
KINRIX.....	27	levetiracetam in nacl.....	98	LORYNA.....	56
KISQALI (200 MG DOSE).....	18	levobunolol hcl.....	79	losartan potassium.....	45
KISQALI (400 MG DOSE).....	18	levocarnitine.....	62	losartan potassium-hctz.....	48
KISQALI (600 MG DOSE).....	18	levocetirizine dihydrochloride.....	85	LOTEMAX.....	80
KISQALI FEMARA (400 MG		levofloxacin.....	43	lovastatin.....	46
DOSE).....	22	levofloxacin in d5w.....	43	LOW-OGESTREL.....	56
KISQALI FEMARA (600 MG		LEVONEST.....	55	loxapine succinate.....	103
DOSE).....	22	levonorgest-eth est & eth est.....	55	lubricant eye drops.....	81
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE).....	22	levonorgest-eth estrad 91-day.....	55	lubricating eye drops.....	81
KLOR-CON.....	111	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	55	lubricating plus eye drops.....	81
KLOR-CON 10.....	110	levonorg-eth estrad triphasic.....	55	LUMAKRAS.....	18
KLOR-CON M10.....	110	LEVORA 0.15/30 (28).....	55	LUMIGAN.....	79
KLOR-CON M15.....	110	LEVO-T.....	52	LUMIZYME.....	62
KLOR-CON M20.....	111	levothyroxine sodium.....	52	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	15
KORLYM.....	62	LEVOXYL.....	52	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	15
kp ferrous sulfate.....	77	LEXIVA.....	34	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	62
KURVELO.....	55	lice killing.....	126	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	62
KYNMOBI.....	95	lice killing maximum strength.....	126	LUTERA.....	56
labetalol hcl.....	47	lice treatment.....	126	LYLEQ.....	56
lactated ringers.....	110	lidocaine.....	121	LYLLANA.....	64
lactulose.....	72	lidocaine hcl.....	34, 121	LYNPARZA.....	18
lactulose encephalopathy.....	72	lidocaine hcl (pf).....	34	LYSODREN.....	15
lamivudine.....	34, 40	lidocaine hcl urethral/mucosal.....	121	LYZA.....	56
lamivudine-zidovudine.....	36	lidocaine pain relief.....	127	M.V.I. ADULT.....	117
lamotrigine.....	97	lidocaine pain relieving.....	127	M.V.I. PEDIATRIC.....	117
lamotrigine er.....	97	lidocaine viscous hcl.....	120	mag-al plus.....	66
lansoprazole.....	70	lidocaine-prilocaine.....	121	mag-al plus xs.....	66
lapatinib ditosylate.....	18	LILLOW.....	55	magdelay.....	112
LARIN 1.5/30.....	55	linezolid.....	38	mag-g.....	112
LARIN 1/20.....	55	linezolid in sodium chloride.....	38	MAGNEBIND 300.....	112
LARIN 24 FE.....	55	LINZESS.....	69	MAGNEBIND 400.....	112
LARIN FE 1.5/30.....	55	liothyronine sodium.....	52	magnesium.....	112
LARIN FE 1/20.....	55	liquid acetaminophen.....	32	magnesium 27.....	112
LARISSIA.....	55	liquid allergy relief.....	85	magnesium chloride.....	112
LASTACFT.....	78	lisinopril.....	51	magnesium oxide.....	66, 112
latanoprost.....	79	lisinopril-hydrochlorothiazide.....	49	magnesium sulfate.....	110
LATUDA.....	103	lithium.....	106	magnesium sulfate in d5w.....	110
laxative max str.....	72	lithium carbonate.....	105	malathion.....	126
LAYOLIS FE.....	55	lithium carbonate er.....	105	manganese chloride.....	112
LEENA.....	55	l-methylfolate calcium.....	117	mapap.....	33
leflunomide.....	24	l-methylfolate-b6-b12.....	117	mapap arthritis pain.....	32
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	18	l-methyl-mc.....	117	MAPAP CHILDRENS.....	33
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	18	l-methyl-mc nac.....	117	maraviroc.....	34
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	18	LOESTRIN 1.5/30 (21).....	55	MAR-COF CG EXPECTORANT.....	91

<i>marlissa</i>	56	<i>miconazole 3 applicator</i>	74	<i>mycophenolate sodium</i>	26
MARPLAN.....	101	<i>miconazole 3 combo-supp</i>	74	MYORISAN.....	121
MATULANE.....	22	<i>miconazole 7</i>	74	MYRBETRIQ.....	73
MAVYRET.....	40	<i>miconazole nitrate</i>	74, 123	<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	77
MAXIMUM D3.....	117	MICRO GUARD.....	123	<i>nabumetone</i>	29
<i>maxi-tuss ac</i>	91	MICROGESTIN 1.5/30.....	56	<i>nadolol</i>	47
<i>maxi-tuss cd</i>	91	MICROGESTIN 1/20.....	56	<i>nafcillin sodium</i>	43
<i>maxi-tuss g</i>	91	MICROGESTIN 24 FE.....	56	NAGLAZYME.....	63
<i>maxi-tuss gmx</i>	91	MICROGESTIN FE 1.5/30.....	56	<i>nalbuphine hcl</i>	30
<i>m-clear wc</i>	92	MICROGESTIN FE 1/20.....	56	<i>naloxone hcl</i>	108
<i>m-dryl</i>	85	<i>midodrine hcl</i>	50	<i>naltrexone hcl</i>	108
<i>meclizine hcl</i>	68	<i>miglustat</i>	62	NAMZARIC.....	100
<i>medroxyprogesterone acetate</i> ... 56, 65		MILI.....	56	NAPHCN-A.....	78
<i>mefloquine hcl</i>	39	<i>milk of magnesia</i>	72	<i>naproxen</i>	29
<i>megestrol acetate</i>	15, 65	MIMVEY.....	64	<i>naproxen sodium</i>	29
MEKINIST.....	18	<i>minocycline hcl</i>	44	<i>naratriptan hcl</i>	106
MEKTOVI.....	18	<i>minoxidil</i>	50	NARCAN.....	108
<i>melatonin</i>	51, 109	<i>mintox maximum strength</i>	67	<i>nasal decongestant</i>	92
<i>meloxicam</i>	29	MINTOX PLUS.....	67	<i>nasal decongestant max st</i>	92
<i>memantine hcl</i>	100	<i>mirtazapine</i>	101	<i>nasal decongestant pe</i>	92
<i>memantine hcl er</i>	100	<i>misoprostol</i>	69	<i>nasal decongestant spray</i>	92
MENACTRA.....	27	MITIGARE.....	33	<i>nasal four</i>	92
MENQUADFI.....	27	M-M-R II.....	27	<i>nasal relief</i>	92
MENVEO.....	27	<i>m-natal plus</i>	111	<i>nasal spray 12 hour</i>	92
MEPHYTON.....	117	<i>moexipril hcl</i>	51	<i>nasal spray extra moisturizing</i>	92
<i>mercaptapurine</i>	21	<i>molindone hcl</i>	103	NASCOBAL.....	117
<i>meropenem</i>	38	<i>mometasone furoate</i>	125	NATACYN.....	80
<i>mesalamine</i>	70	MONJUVI.....	18	<i>nateglinide</i>	61
<i>mesalamine er</i>	70	MONO-LINYAH.....	56	NATPARA.....	65
<i>mesalamine-cleanser</i>	70	<i>montelukast sodium</i>	88	NAYZILAM.....	98
MESNEX.....	21	<i>morphine sulfate</i>	30	<i>nebivolol hcl</i>	47
METADATE ER.....	105	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	30	NECON 0.5/35 (28).....	56
<i>metformin hcl</i>	61	<i>morphine sulfate (pf)</i>	30	<i>nefazodone hcl</i>	101
<i>metformin hcl er</i>	61	<i>morphine sulfate er</i>	29	<i>neomycin sulfate</i>	38
<i>methadone hcl</i>	29	MOVANTIK.....	69	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	80
METHADONE HCL INTENSOL.....	29	<i>moxifloxacin hcl</i>	43, 80	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	79
<i>methazolamide</i>	49	<i>m-pap</i>	33	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	80
<i>methenamine hippurate</i>	38	MUCINEX CHILDRENS STUFFY		<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	79, 83
<i>methimazole</i>	52	NOSE.....	92	NEPHPLEX RX.....	117
<i>methocarbamol</i>	95	MUCINEX FAST-MAX CHEST		NEPHRON FA.....	77
<i>methotrexate</i>	24	CONG MS.....	92	NERLYNX.....	18
<i>methotrexate sodium</i>	21, 22	MUCINEX SINUS-MAX CLEAR &		NEUPRO.....	95
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	21	COOL.....	92	<i>nevirapine</i>	34
<i>methyl dopa</i>	50	<i>mucus & chest congestion</i>	92	<i>nevirapine er</i>	34
<i>methylphenidate hcl</i>	105	<i>mucus relief chest congestion</i>	92	NEXAVAR.....	18
<i>methylphenidate hcl er</i>	105	MULTAQ.....	45	<i>niacin</i>	117
<i>methylprednisolone</i>	64	<i>multiple vitamins essential</i>	117	<i>niacin er</i>	117
<i>methylprednisolone acetate</i>	64	MULTITRACE-4 NEONATAL.....	113	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	46
<i>methylprednisolone sodium succ</i>	64	MULTITRACE-4 PEDIATRIC.....	114	<i>niacinamide</i>	117
<i>metoclopramide hcl</i>	68	MULTITRACE-5.....	114	<i>nicardipine hcl</i>	47
<i>metolazone</i>	49	<i>multitrace-5 concentrate</i>	114	NICODERM CQ.....	108
<i>metoprolol succinate er</i>	47	<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	117	NICOMIDE.....	117
<i>metoprolol tartrate</i>	47	<i>multivitamin/fluoride</i>	117	<i>nicotine</i>	108
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	48	<i>multivitamin/fluoride/iron</i>	117	<i>nicotine mini</i>	108
<i>metronidazole</i>	38, 74, 127	<i>multi-vitamins</i>	117	<i>nicotine polacrilex</i>	108
<i>metronidazole in nacl</i>	38	<i>mupirocin</i>	122	<i>nicotine step 1</i>	108
<i>metyrosine</i>	50	MURO 128.....	81	<i>nicotine step 2</i>	108
MI-ACID.....	66	MVASI.....	18	<i>nicotine step 3</i>	108
<i>mi-acid gas relief</i>	69	MVC-FLUORIDE.....	117	NICOTROL.....	108
<i>micafungin sodium</i>	37	<i>mycophenolate mofetil</i>	26	NICOTROL NS.....	108

<i>nifedipine er</i>	47	NUTRILIPID.....	114	<i>oyster shell calcium/vitamin d</i>	113
<i>nifedipine er osmotic release</i>	47	NYAMYC.....	123	OZEMPIC (0.25 OR 0.5	
NIFEREX.....	78	NYLIA 1/35.....	57	MG/DOSE).....	61
NIKKI.....	56	NYLIA 7/7/7.....	57	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	61
<i>nilutamide</i>	15	NYMALIZE.....	47	PACERONE.....	45
<i>nimodipine</i>	47	NYMYO.....	57	<i>paclitaxel</i>	22
NINJACOF-XG.....	92	<i>nystatin</i>	37, 120, 123	<i>pain & fever childrens</i>	33
NINLARO.....	18	NYSTOP.....	123	<i>pain & fever infants</i>	33
<i>nitazoxanide</i>	38	OCELLA.....	57	<i>pain relief extra strength</i>	33
<i>nitisinone</i>	63	OCTAGAM.....	25	<i>pain relief regular strength</i>	33
NITRO-BID.....	51	<i>octreotide acetate</i>	63	<i>paliperidone er</i>	104
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	38	OCUVITE ADULT 50+.....	117	<i>pamidronate disodium</i>	65
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	38	OCUVITE ADULT FORMULA.....	117	<i>pan-c 500/bioflavonoids</i>	117
<i>nitroglycerin</i>	51	ODEFSEY.....	36	PANRETIN.....	127
<i>nizatidine</i>	66	ODOMZO.....	18	<i>pantoprazole sodium</i>	70
<i>no drip nasal spray</i>	92	OFEV.....	87	PANZYGA.....	25
NORA-BE.....	56	<i>ofloxacin</i>	80, 83	PARAPLATIN.....	15
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	56	OGIVRI.....	18	<i>paricalcitol</i>	53
<i>norethindrone</i>	56	<i>olanzapine</i>	103	<i>paromomycin sulfate</i>	38
<i>norethindrone acetate</i>	65	<i>olmesartan medoxomil</i>	45	<i>paroxetine hcl</i>	101
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	56	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	48	PASER.....	35
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	64	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	48	PAXIL.....	101
<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	56	<i>olopatadine hcl</i>	78	<i>ped electrolyte freezer pops</i>	111
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	56	<i>omeprazole</i>	70	PEDIA-LAX.....	72
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	56	OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3).....	59	PEDIARIX.....	27
NORLYROC.....	56	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN		<i>pediatric electrolyte</i>	111
NORPACE CR.....	45	3).....	59	PEDVAX HIB.....	27
NORTREL 0.5/35 (28).....	56	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	59	<i>peg 3350</i>	72
NORTREL 1/35 (21).....	57	<i>once daily</i>	117	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	72
NORTREL 1/35 (28).....	57	<i>once daily/liron</i>	117	<i>peg-3350/electrolytes</i>	72
NORTREL 7/7/7.....	57	<i>ondansetron</i>	68	PEGASYS.....	40
<i>nortriptyline hcl</i>	101	<i>ondansetron hcl</i>	68	PEMAZYRE.....	18
NORVIR.....	34	<i>one daily</i>	117	<i>penicillamine</i>	52
<i>norwegian cod liver oil</i>	117	ONTRUZANT.....	18	<i>penicillin g pot in dextrose</i>	44
NOVAFERRUM.....	78	ONUREG.....	22	<i>penicillin g potassium</i>	44
NOVAFERRUM 50.....	78	OPSUMIT.....	50	<i>penicillin g procaine</i>	44
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-		ORALYTE.....	111	<i>penicillin g sodium</i>	44
IRON.....	117	ORALYTE FREEZER POPS.....	111	<i>penicillin v potassium</i>	44
NOVAFERRUM PEDIATRIC		ORA-PLUS.....	51	PENTACEL.....	27
DROPS.....	78	ORASEP.....	120	<i>pentamidine isethionate</i>	38
NOVOLIN 70/30.....	59	ORGOVYX.....	16	<i>pentoxifylline er</i>	76
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	59	ORKAMBI.....	87	PENTRAVAN.....	127
NOVOLIN N.....	59	ORSYTHIA.....	57	PENTRAVAN PLUS.....	127
NOVOLIN N FLEXPEN.....	59	OS-CAL.....	112	<i>peptic relief</i>	67
NOVOLIN R.....	59	<i>oseltamivir phosphate</i>	40	<i>perindopril erbumine</i>	51
NOVOLIN R FLEXPEN.....	59	<i>oxacillin sodium</i>	44	PERIOGARD.....	120
NOVOLOG.....	59	<i>oxaliplatin</i>	15	PERIOMED.....	120
NOVOLOG FLEXPEN.....	59	<i>oxandrolone</i>	53	<i>permethrin</i>	126
NOVOLOG MIX 70/30.....	59	<i>oxcarbazepine</i>	98	<i>perphenazine</i>	104
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN.....	59	<i>oxybutynin chloride</i>	74	PERSERIS.....	104
NOVOLOG PENFILL.....	59	<i>oxybutynin chloride er</i>	74	<i>petrolatum</i>	51
NOXAFIL.....	37	<i>oxycodone hcl</i>	30	PFIZERPEN.....	44
NUBEQA.....	15	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	30	<i>pharbedryl</i>	85
NUDEXTA.....	106	OXYCONTIN.....	29	PHARBETOL.....	33
NUFERA.....	78	OYSCO 500.....	112	PHARBETOL EXTRA STRENGTH.....	33
NU-IRON.....	78	OYSCO 500+D.....	112	PHAZYME MAXIMUM STRENGTH.....	69
NULOJIX.....	26	<i>oyster shell calcium</i>	112	<i>phendimetrazine tartrate</i>	108
NULYTELY LEMON-LIME.....	72	<i>oyster shell calcium 500 + d</i>	112	<i>phendimetrazine tartrate er</i>	108
NU-MAG.....	112	<i>oyster shell calcium w/d</i>	112	<i>phenelzine sulfate</i>	101
NUPLAZID.....	103	<i>oyster shell calcium/d</i>	113	<i>phenobarbital</i>	98

<i>phenobarbital sodium</i>	98	PRESERVISION AREDS	118	<i>qc diarrhea relief</i>	67
<i>phentermine hcl</i>	108	PRESERVISION AREDS 2	118	<i>qc enema</i>	72
PHENYTEK.....	98	PRESERVISION/LUTEIN.....	118	<i>qc enteric aspirin</i>	33
<i>phenytoin</i>	98	PREVALITE	46	<i>qc epsom salt</i>	72
<i>phenytoin sodium</i>	98	PREVIFEM	57	<i>qc fexofenadine hydrochloride</i>	85
<i>phenytoin sodium extended</i>	98	PREVYMIS	40	<i>qc fiber laxative</i>	72
PHESGO.....	19	PREZCOBIX.....	36	<i>qc gas relief extra strength</i>	69
PHILITH.....	57	PREZISTA.....	34, 35	<i>qc gentle laxative</i>	72
<i>phytonadione</i>	117	PRIFTIN	35	<i>qc loratadine allergy relief</i>	85
PIFELTRO.....	34	<i>primaquine phosphate</i>	39	<i>qc loratadine-d</i>	92
<i>pilocarpine hcl</i>	79, 120	<i>primidone</i>	98	<i>qc miconazole 7</i>	74
<i>pimozide</i>	104	PRIVIGEN.....	25	<i>qc milk of magnesia</i>	72
PIMTREA.....	57	<i>probenecid</i>	33	<i>qc natural vegetable</i>	72
<i>pindolol</i>	47	PROCALAMINE.....	114	<i>qc natural vegetable laxative</i>	72
<i>pioglitazone hcl</i>	61	<i>prochlorperazine</i>	68	<i>qc non-aspirin childrens</i>	33
<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	44	<i>prochlorperazine edisylate</i>	68	<i>qc non-aspirin extra strength</i>	33
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	19	<i>prochlorperazine maleate</i>	68	<i>qc pain relief</i>	33
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	19	PROCRIT	76	<i>qc pain relief childrens</i>	33
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	19	PROCTO-MED HC	127	<i>qc pain relief extra strength</i>	33
PIRMELLA 1/35.....	57	PROCTO-PAK.....	127	<i>qc povidone iodine</i>	127
<i>piroxicam</i>	29	PROCTOSOL HC	127	<i>qc stool softener</i>	72
PLASMA-LYTE 148.....	110	PROCTOZONE-HC.....	127	<i>qc stool softener pls laxative</i>	72
PLASMA-LYTE A.....	110	PROGRAF	26	<i>qc suphedrine maximum strength</i>	92
PLENAMINE	114	PROLASTIN-C	87	<i>qc tolinaftate</i>	123
PLENVU	72	PROLENSA.....	81	<i>qc triple antibiotic max st</i>	122
<i>podofilox</i>	127	PROLIA.....	65	<i>qc tussin cf</i>	92
<i>poly vitamin</i>	117	PROMACTA.....	76	<i>qc tussin dm cough/congestion</i>	92
<i>polyethylene glycol 3350</i>	51	<i>promethazine hcl</i>	68	<i>qc tussin mucus/congestion</i>	92
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	80	<i>promethazine-codeine</i>	92	QINLOCK.....	19
<i>poly-tussin ac</i>	92	<i>promethazine-dm</i>	92	Q-SORB.....	109
<i>polyvitamin/iron</i>	118	<i>promethazine-phenyleph-codeine</i>	92	Q-SORB CO Q-10.....	109
POMALYST.....	22, 23	<i>propafenone hcl</i>	45	QSYMIA.....	108
PORTIA-28.....	57	<i>propafenone hcl er</i>	45	QUADRACEL.....	27
<i>posaconazole</i>	37	<i>proparacaine hcl</i>	81	<i>quetiapine fumarate</i>	104
<i>potassium chloride</i>	110, 111	<i>propranolol hcl</i>	47	<i>quetiapine fumarate er</i>	104
<i>potassium chloride crys er</i>	111	<i>propranolol hcl er</i>	47	<i>quinapril hcl</i>	51
<i>potassium chloride er</i>	111	<i>propylthiouracil</i>	52	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	49
<i>potassium chloride in dextrose</i>	110	PROQUAD	27	<i>quinidine sulfate</i>	45
<i>potassium chloride in nacl</i>	110	PROSOL.....	114	<i>quinine sulfate</i>	39
<i>potassium citrate er</i>	75	<i>protriptyline hcl</i>	101	<i>ra balanced b-100</i>	118
<i>povidone-iodine</i>	127	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	92	<i>ra balanced b-50</i>	118
PRALUENT.....	46	<i>pseudoephedrine hcl</i>	92	<i>ra coenzyme q-10</i>	109
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	95	<i>pseudoephedrine hcl er</i>	92	<i>ra vitamin b-1</i>	118
<i>prasugrel hcl</i>	78	PULMICORT FLEXHALER.....	88	<i>ra vitamin b12</i>	118
<i>pravastatin sodium</i>	46	PULMOZYME	87	<i>ra vitamin c cr</i>	118
<i>praziquantel</i>	38	<i>purevit dualfe plus</i>	78	RABAVERT.....	27
<i>prazosin hcl</i>	44	PURIXAN.....	22	<i>rabeprazole sodium</i>	70
<i>prednisolone</i>	64	<i>pyrazinamide</i>	35	<i>raloxifene hcl</i>	63
<i>prednisolone acetate</i>	80	<i>pyridostigmine bromide</i>	106	<i>ramipril</i>	51
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	64, 81	<i>pyridoxine hcl</i>	118	<i>ranolazine er</i>	50
<i>prednisone</i>	64, 65	<i>qc all day allergy</i>	85	<i>rasagiline mesylate</i>	95
PREDNISON INTENSOL.....	64	<i>qc antacid</i>	67	RAYALDEE.....	53
<i>preferred plus insulin syringe</i>	59	<i>qc antacid/anti-gas</i>	67	RECLIPSEN.....	57
<i>pregabalin</i>	98	<i>qc anti-diarrheal</i>	67	RECOMBIVAX HB.....	27
<i>pregabalin er</i>	106	<i>qc anti-itch extra strength</i>	123	RECTIV	127
<i>prehevbrio</i>	27	<i>qc arthritis pain relief</i>	33	<i>reeses pinworm medicine</i>	38
PREMASOL.....	114	<i>qc aspirin</i>	33	REFRESH.....	81
<i>prenatal</i>	111, 118	<i>qc calamine</i>	127	REFRESH CELLUVISC.....	81
<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	111	<i>qc childrens allergy</i>	85	REFRESH LIQUIGEL.....	81
<i>prenatal vitamins</i>	118	<i>qc childrens ibuprofen</i>	29	REFRESH OPTIVE.....	81, 82

REFRESH OPTIVE ADVANCED.....81	ROWEEPRA.....98	SIVEXTRO.....38
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF.....81	ROZLYTREK.....19	SKYRIZI.....24
REFRESH OPTIVE MEGA-3.....81	RUBRACA.....19	SKYRIZI (150 MG DOSE).....24
REFRESH OPTIVE PF.....82	<i>rufinamide</i>98	SKYRIZI PEN.....24
REFRESH PLUS.....82	RUKOBIA.....35	<i>slow release iron</i>78
REFRESH RELIEVA.....82	RUXIENCE.....19	<i>sm 3-day vaginal</i>74
REFRESH TEARS.....82	RYBELSUS.....61	<i>sm 8 hour pain relief</i>33
REGRANEX.....121	RYDAPT.....19	<i>sm all day allergy</i>85
RELENZA DISKHALER.....40	<i>rynex pse</i>93	<i>sm all day allergy childrens</i>85
RELI-ON INSULIN SYRINGE.....59	SAJAZIR.....76	<i>sm all day allergy-d</i>93
RELISTOR.....69	SANDIMMUNE.....26	<i>sm allergy childrens</i>85
REMEDY ANTIFUNGAL.....123	SANTYL.....121	<i>sm allergy relief</i>85
REMEDY PHYTOPLEX ANTIFUNGAL.....123	<i>sapropterin dihydrochloride</i>63	<i>sm animal shapes kids first</i>118
REMICADE.....23	<i>sb allergy relief/nasal decong</i>93	<i>sm antacid advanced</i>67
RENAL.....118	<i>sb lice killing max st</i>126	<i>sm antacid advanced max st</i>67
<i>rena-vite</i>118	<i>sb oyster shell calcium</i>113	<i>sm antacid maximum strength</i>67
RENFLEXIS.....24	SCEMBLIX.....19	<i>sm antacid/antigas</i>67
<i>reno caps</i>118	<i>scopolamine</i>68	<i>sm antibiotic</i>122
<i>repaglinide</i>61	SECUADO.....104	<i>sm anti-diarrheal</i>67
RESTASIS.....82	<i>selegiline hcl</i>95	<i>sm antifungal clotrimazole</i>123
RESTASIS MULTIDOSE.....82	<i>selenious acid</i>114	<i>sm antifungal miconazole</i>123
RESTORA RX.....69	<i>selenium sulfide</i>124	<i>sm antifungal tolinaftate</i>124
RETEVMO.....19	SELZENTRY.....35	<i>sm anti-itch extra strength</i>124
REVLIMID.....23	SENEXON-S.....72	<i>sm antiseptic skin cleanser</i>127
REXULTI.....104	<i>senna</i>73	<i>sm arthritis pain relief</i>33
REYATAZ.....35	<i>senna laxative</i>73	<i>sm aspirin</i>33
REZUROCK.....26	<i>senna plus</i>73	<i>sm aspirin ec</i>33
RHOPRESSA.....79	<i>senna s</i>73	<i>sm athletes foot</i>124
RIABNI.....19	<i>senna-lax</i>73	<i>sm b100 complex</i>118
<i>ribavirin</i>40	<i>senna-s</i>73	<i>sm balanced b-50</i>118
RID LICE KILLING SHAMPOO.....126	<i>senna-tabs</i>73	<i>sm b-complex</i>118
<i>rifabutin</i>35	<i>senna-time</i>73	<i>sm calamine</i>127
<i>rifampin</i>35	<i>senna-time s</i>73	<i>sm calamine phenolated</i>127
<i>riluzole</i>106	SENNO.....73	<i>sm calcium 600/vitamin d</i>113
<i>rimantadine hcl</i>40	SEREVENT DISKUS.....86	<i>sm calcium citrate w/vit d3</i>113
RINVOQ.....24	<i>sertraline hcl</i>101	<i>sm calcium-magnesium-zinc</i>113
<i>risedronate sodium</i>65	<i>se-tan plus</i>78	<i>sm chewable c</i>118
RISPERDAL CONSTA.....104	SETLAKIN.....57	<i>sm childrens ibuprofen</i>29
<i>risperidone</i>104	<i>sevelamer carbonate</i>51	<i>sm childrens loratadine</i>85
<i>ritonavir</i>35	SHAROBEL.....57	<i>sm clotrimazole vaginal</i>74
RITUXAN.....19	SHINGRIX.....27	<i>sm coenzyme q-10</i>109
RITUXAN HYCELA.....19	SIGNIFOR.....63	<i>sm cough dm</i>93
<i>rivastigmine</i>100	<i>silace</i>73	<i>sm cough dm childrens</i>93
<i>rivastigmine tartrate</i>100	<i>siladryl allergy</i>85	<i>sm ear drops</i>128
RIVELSA.....57	<i>sildenafil citrate</i>50	<i>sm enema</i>73
<i>rizatriptan benzoate</i>106	<i>silphen dm cough</i>93	<i>sm fexofenadine hcl</i>85
<i>robafen cf multi-symptom cold</i>92	<i>siltussin das</i>93	<i>sm fiber</i>73
ROBAFEN DM CGH/CHEST	<i>siltussin dm das</i>93	<i>sm folic acid</i>118
CONGEST.....92	<i>siltussin sa</i>93	<i>sm gas relief</i>69
ROBAFEN DM COUGH.....93	<i>siltussin-dm alcohol free</i>93	<i>sm gas relief antifatulent</i>69
ROBAFEN MUCUS/CHEST	<i>silver sulfadiazine</i>122	<i>sm gas relief extra strength</i>69
CONGESTION.....93	SIMBRINZA.....79	<i>sm gas relief infants</i>69
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH.....93	SIMLIYA.....57	<i>sm gentle laxative</i>73
<i>ropinirole hcl</i>95	SIMPESSE.....57	<i>sm ibuprofen ib</i>29
ROSADAN.....127	<i>simvastatin</i>46	<i>sm infants ibuprofen</i>29
<i>rosuvastatin calcium</i>46	<i>sinus 12 hour</i>93	<i>sm iron slow release</i>78
ROTARIX.....27	<i>sinus nasal spray</i>93	<i>sm lice killing max strength</i>126
ROTATEQ.....27	<i>sinus relief extra strength</i>93	<i>sm lice solution kit</i>126
	<i>sirolimus</i>26	<i>sm lice treatment</i>126
	SIRTURO.....35	<i>sm loratadine</i>85

<i>sm loratadine allergy relief</i>	85	SOLU-CORTEF.....	65	SYMTUZA.....	36
<i>sm lorata-dine d</i>	93	SOMATULINE DEPOT.....	63	SYNAREL.....	63
<i>sm lubricant eye drops</i>	82	SOMAVERT.....	63	SYNERCID.....	39
<i>sm lubricating plus</i>	82	SOOTHE & COOL INZO		SYNJARDY.....	61
<i>sm lubricating tears</i>	82	ANTIFUNGAL.....	124	SYNJARDY XR.....	61
<i>sm magnesium</i>	113	SORINE.....	45	SYNRIBO.....	22
<i>sm miconazole 3</i>	74	<i>sotalol hcl</i>	45	SYNTHROID.....	52
<i>sm miconazole 3 applicator</i>	74	<i>sotalol hcl (af)</i>	45	SYSTANE.....	82
<i>sm miconazole 7</i>	74	<i>span c</i>	118	SYSTANE BALANCE.....	82
<i>sm milk of magnesia</i>	73	<i>spironolactone</i>	45	SYSTANE COMPLETE.....	82
<i>sm multiple vitamins essential</i>	118	<i>spironolactone-hctz</i>	49	SYSTANE OVERNIGHT	
<i>sm multiple vitamins/iron</i>	118	SPRINTEC 28.....	57	THERAPY.....	82
<i>sm nasal decongestant max st</i>	93	SPRITAM.....	98	SYSTANE PRESERVATIVE FREE.....	82
<i>sm nasal decongestant pe</i>	93	SPRYCEL.....	19	SYSTANE ULTRA.....	82
<i>sm nasal spray</i>	93	SPS.....	52	SYSTANE ULTRA PF.....	82
<i>sm nasal spray 12 hour</i>	93	SRONYX.....	57	TAB-A-VITE.....	119
<i>sm nasal spray moisturizing</i>	93	SSD.....	122	TAB-A-VITE/BETA CAROTENE....	119
<i>sm nasal spray sinus</i>	93	<i>stavudine</i>	35	<i>tab-a-vitel/iron</i>	119
<i>sm nicotine</i>	108, 109	STELARA.....	24	TABLOID.....	22
<i>sm nicotine polacrilex</i>	108	<i>sterile water for irrigation</i>	121	TABRECTA.....	19
<i>sm nose drops nasal decongest</i>	93	<i>stimulant laxative</i>	73	<i>tacrolimus</i>	26, 127
<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i>	113	STIVARGA.....	19	TAFINLAR.....	19
<i>sm pain & fever childrens</i>	33	<i>stomach relief</i>	67, 68	TAGRISSO.....	19
<i>sm pain & fever infants</i>	33	<i>stool softener</i>	73	TALTZ.....	24
<i>sm pain relief</i>	33	<i>stool softener laxative</i>	73	TALZENNA.....	19
<i>sm pain reliever</i>	33	<i>stool softener plus laxative</i>	73	<i>tamoxifen citrate</i>	16
<i>sm pain reliever ex st</i>	33	<i>streptomycin sulfate</i>	39	<i>tamsulosin hcl</i>	75
<i>sm pediatric electrolyte</i>	111	<i>stress formula</i>	118	TARGRETIN.....	127
<i>sm povidone-iodine</i>	127	<i>stress formulaliron</i>	119	TARINA 24 FE.....	57
<i>sm senna laxative</i>	73	STRIBILD.....	36	TARINA FE 1/20 EQ.....	57
<i>sm senna-s</i>	73	STROVITE FORTE.....	119	TASIGNA.....	19
<i>sm stomach relief</i>	67	STROVITE ONE.....	119	<i>tazarotene</i>	124
<i>sm stool softener</i>	73	SUBVENITE.....	98	TAZICEF.....	42
<i>sm stool softener/laxative</i>	73	<i>sucralfate</i>	69	TAZORAC.....	124
<i>sm super b complex/c</i>	118	SUDOGEST.....	94	TAZTIA XT.....	48
<i>sm triple antibiotic</i>	122	<i>sudogest 12 hour</i>	94	TAZVERIK.....	19
<i>sm triple antibiotic max st</i>	122	SUDOGEST MAXIMUM		TDVAX.....	27
<i>sm tussin cf</i>	93	STRENGTH.....	94	TECENTRIQ.....	19
<i>sm tussin cough/chest congest</i>	93	<i>sulfacetamide sodium</i>	80	TEFLARO.....	42
<i>sm tussin dm</i>	93	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	121	<i>telmisartan</i>	45
<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	93	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	79	<i>telmisartan-amlodipine</i>	49
<i>sm vit c/rose hips</i>	118	<i>sulfadiazine</i>	39	<i>telmisartan-hctz</i>	49
<i>sm vitamin b1</i>	118	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	39	<i>temazepam</i>	106
<i>sm vitamin b-12</i>	118	SULFAMYLLON.....	122	TEMIXYS.....	36
<i>sm vitamin b12 tr</i>	118	<i>sulfasalazine</i>	70	TENIVAC.....	27
<i>sm vitamin b-6</i>	118	<i>sulindac</i>	29	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	35
<i>sm vitamin c</i>	118	<i>sumatriptan</i>	106	TEPMETKO.....	19
<i>sm vitamin c cr</i>	118	<i>sumatriptan succinate</i>	106, 107	<i>terazosin hcl</i>	44
<i>sm vitamin d3</i>	118	<i>sumatriptan succinate refill</i>	106	<i>terbinafine hcl</i>	37, 124
<i>sm vitamin e</i>	118	<i>sunitinib malate</i>	19	<i>terbutaline sulfate</i>	86
<i>sm zinc gluconate</i>	113	SUPER NU-THERA.....	119	<i>terconazole</i>	74
sodium bicarbonate.....	67	SUPER QUINTS B-50.....	119	TESSALON PERLES.....	94
sodium chloride.....	93, 110, 121	<i>superplex-t</i>	119	<i>testosterone</i>	53
sodium chloride (hypertonic).....	82	<i>suphedrine 12hour</i>	94	<i>testosterone cypionate</i>	53
sodium fluoride.....	111	SUPREP BOWEL PREP KIT.....	73	<i>testosterone enanthate</i>	53
sodium phenylbutyrate.....	63	SYEDA.....	57	<i>tetrabenazine</i>	106
sodium polystyrene sulfonate.....	52	SYMBICORT.....	87	<i>tetracycline hcl</i>	44
solifenacin succinate.....	74	SYMDEKO.....	87	THALOMID.....	23
SOLQUA.....	59	SYMJEPI.....	87	THEO-24.....	87
SOLTAMOX.....	16	SYMPAZAN.....	98, 99	<i>theophylline</i>	88

<i>theophylline er</i>	87, 88	TRIDERM.....	125	TYDEMY.....	58
THERA.....	119	<i>trientine hcl</i>	52	TYPHIM VI.....	28
THERATEARS.....	82	TRI-ESTARYLLA.....	57	UBRELVY.....	107
THERATEARS PF.....	82	TRIFERIC.....	78	UDAMIN SP.....	119
THEREMS.....	119	<i>trifluoperazine hcl</i>	104	UKONIQ.....	20
<i>thiamine hcl</i>	119	<i>trifluridine</i>	80	<i>ultra lubricating eye drops</i>	82
<i>thiamine mononitrate</i>	119	<i>trigels-f forte</i>	78	UNITHROID.....	52
<i>thioridazine hcl</i>	104	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	95	<i>ursodiol</i>	69
<i>thiothixene</i>	104	TRIJARDY XR.....	61	<i>valacyclovir hcl</i>	40
<i>thrivite 19</i>	119	TRIKAFTA.....	88	VALCHLOR.....	127
TIADYLT ER.....	48	TRI-LEGEST FE.....	57	<i>valganciclovir hcl</i>	40
<i>tiagabine hcl</i>	99	TRI-LINYAH.....	57	<i>valproate sodium</i>	99
TIBSOVO.....	19	TRI-LO-ESTARYLLA.....	57	<i>valproic acid</i>	99
TICOVAC.....	27	TRI-LO-MARZIA.....	57	<i>valsartan</i>	45
<i>tigecycline</i>	44	TRI-LO-MILI.....	57	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	49
TILIA FE.....	57	TRI-LO-SPRINTEC.....	57	VALTOCO 10 MG DOSE.....	99
<i>timolol maleate</i>	47, 79	<i>trimethoprim</i>	39	VALTOCO 15 MG DOSE.....	99
<i>timolol maleate (once-daily)</i>	79	TRI-MILI.....	58	VALTOCO 20 MG DOSE.....	99
TIVICAY.....	35	<i>trimipramine maleate</i>	101	VALTOCO 5 MG DOSE.....	99
TIVICAY PD.....	35	TRINTELLIX.....	101	VANADOM.....	96
<i>tizanidine hcl</i>	96	TRI-NYMYO.....	58	<i>vancomycin hcl</i>	39
<i>tl-hem 150</i>	78	<i>triphrocaps</i>	119	<i>vancomycin hcl in nacl</i>	39
TOBRADEX.....	79	<i>triple antibiotic</i>	122	VANDAZOLE.....	74
TOBRADEX ST.....	79	<i>triple antibiotic plus</i>	122	VAQTA.....	28
<i>tobramycin</i>	39, 80	<i>triple antibiotic+pain relief</i>	122	<i>varenicline tartrate</i>	109
<i>tobramycin sulfate</i>	39	TRI-SPRINTEC.....	58	VARIVAX.....	28
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	79	TRIUMEQ.....	36	VASCEPA.....	46
<i>tolnaftate</i>	124	<i>tri-vitamin/fluoride</i>	119	<i>vegetable lax+stool softener</i>	73
<i>tolnaftate antifungal</i>	124	TRIVORA (28).....	58	VELCADE.....	20
<i>tolterodine tartrate</i>	74	TRI-VYLIBRA.....	58	VELIVET.....	58
<i>tolterodine tartrate er</i>	74	TRI-VYLIBRA LO.....	58	VELTASSA.....	52
<i>topiramate</i>	99	TROGARZO.....	35	VEMLIDY.....	40
TOPOSAR.....	22	TROPHAMINE.....	114	VENCLEXTA.....	20
<i>toremifene citrate</i>	16	<i>trospium chloride</i>	74	VENCLEXTA STARTING PACK.....	20
<i>torsemide</i>	49	TRULICITY.....	61	<i>venlafaxine hcl</i>	101
<i>total b/c</i>	119	TRUMENBA.....	27	<i>venlafaxine hcl er</i>	101
TOVIAZ.....	74	TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE).....	20	VENOFER.....	78
TPN ELECTROLYTES.....	110	TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE).....	20	VENTAVIS.....	50
TRADJENTA.....	61	TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE).....	20	VENTOLIN HFA.....	86
TRALEMENT.....	114	TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE).....	20	<i>verapamil hcl</i>	48
<i>tramadol hcl</i>	31	TRUXIMA.....	20	<i>verapamil hcl er</i>	48
<i>tramadol-acetaminophen</i>	31	TUKYSA.....	20	VERSACLOZ.....	104
<i>trandolapril</i>	51	TURALIO.....	20	VERZENIO.....	20
<i>tranexamic acid</i>	76	TUSNEL C.....	94	VESTURA.....	58
<i>tranylcypromine sulfate</i>	101	<i>tusnel diabetic</i>	94	V-GO 20.....	59
TRAVASOL.....	114	TUSNEL-EX.....	94	V-GO 30.....	59
TRAZIMERA.....	20	TUSSICAPS.....	94	V-GO 40.....	60
<i>trazodone hcl</i>	101	<i>tussin cf</i>	94	VICTOZA.....	61
TRECTOR.....	35	<i>tussin cf multi-symptom cold</i>	94	VIENVA.....	58
TRELEGY ELLIPTA.....	86	<i>tussin cough</i>	94	<i>vigabatrin</i>	99
TRELSTAR MIXJECT.....	16	<i>tussin dm</i>	94	VIGADRONE.....	99
<i>treprostinil</i>	50	<i>tussin dm cough + chest</i>	94	VIIBRYD.....	101
TRESIBA.....	59	<i>tussin dm max</i>	94	VIIBRYD STARTER PACK.....	101
TRESIBA FLEXTOUCH.....	59	<i>tussin mucus & chest congest</i>	94	VIMPAT.....	99
<i>tretinoin</i>	22, 121	<i>tussin mucus+chest congestion</i>	94	<i>vincristine sulfate</i>	22
<i>triamcinolone acetonide</i>	121, 125	<i>tussin multi-symptom cold cf</i>	94	<i>vinorelbine tartrate</i>	22
<i>triamterene-hctz</i>	49	TWINRIX.....	28	<i>violele</i>	58
<i>tri-buffered aspirin</i>	33	TYBOST.....	35	VIRACEPT.....	35
TRICARE.....	111			VIREAD.....	35
TRICON.....	78			<i>virt-caps</i>	119

VIRT-GARD.....	119	XIGDUO XR.....	61
<i>virtussin a/c</i>	94	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	40
<i>virtussin ac w/alc</i>	94	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	40
<i>virtussin dac</i>	94	XOLAIR.....	88
<i>vita-bee/c</i>	119	XOSPATA.....	20
VITAFOL.....	119	XPOVIO (100 MG ONCE	
VITAL-D RX.....	119	WEEKLY).....	20
<i>vitamin a</i>	119	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ..	20
<i>vitamin b-1</i>	119	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ..	20
<i>vitamin b-12</i>	119	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ..	20
<i>vitamin b-12 er</i>	119	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ..	20
<i>vitamin b12 tr</i>	119	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ..	20
<i>vitamin b-6</i>	119	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ..	21
<i>vitamin c</i>	119	XTANDI.....	16
<i>vitamin c er</i>	119	XULANE.....	58
<i>vitamin c/rose hips tr</i>	119	XULTOPHY.....	60
<i>vitamin c-rose hips er</i>	119	XYREM.....	107
<i>vitamin c-rose hips tr</i>	120	YF-VAX.....	28
<i>vitamin d</i>	120	<i>yl coenzyme q10</i>	109
<i>vitamin d (cholecalciferol)</i>	120	YUVAFEM.....	64
<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	120	ZAFEMY.....	58
<i>vitamin d3</i>	120	<i>zafirlukast</i>	88
<i>vitamin e</i>	120	<i>zaleplon</i>	106
<i>vitamin k1</i>	120	ZARXIO.....	76
<i>vitamins acd-fluoride</i>	120	ZEASORB-AF.....	124
<i>vitamins for hair</i>	120	ZEJULA.....	21
VITRAKVI.....	20	ZELBORAF.....	21
VITREXYL.....	120	ZEMAIRA.....	88
VITREXYL + IRON.....	120	ZENATANE.....	121
VIVITROL.....	109	ZENPEP.....	70
VIZIMPRO.....	20	ZERVIAE.....	78
<i>voriconazole</i>	37	<i>zidovudine</i>	35
VOSEVI.....	40	<i>zinc</i>	113
VOTRIENT.....	20	<i>zinc chloride</i>	114
<i>vp-vite rx</i>	120	<i>zinc gluconate</i>	113
VRAYLAR.....	104	<i>zinc oxide</i>	127
VYFEMLA.....	58	<i>zinc sulfate</i>	113
VYLIBRA.....	58	<i>ziprasidone hcl</i>	104
VYZULTA.....	79	<i>ziprasidone mesylate</i>	105
<i>warfarin sodium</i>	75	ZIRABEV.....	21
<i>wee care</i>	78	ZIRGAN.....	80
WELIREG.....	22	<i>zoledronic acid</i>	65
WERA.....	58	ZOLINZA.....	21
<i>westab mini</i>	120	<i>zolmitriptan</i>	107
<i>womens laxative</i>	73	<i>zolpidem tartrate</i>	106
WYMZYA FE.....	58	<i>zonisamide</i>	99
XALKORI.....	20	<i>zoo friends</i>	120
XARELTO.....	75	<i>zoo friends complete</i>	120
XARELTO STARTER PACK.....	76	<i>zoo friends gummies</i>	120
XATMEP.....	24	ZORTRESS.....	26
XCOPRI.....	99	ZOSTRIX HP.....	127
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	99	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	99		127
XELJANZ.....	24	ZOVIA 1/35 (28).....	58
XELJANZ XR.....	24	ZUMANDIMINE.....	58
XENICAL.....	63	ZYDELIG.....	21
XERAC AC.....	127	ZYKADIA.....	21
XERMELO.....	69	ZYLET.....	79
XGEVA.....	65	ZYPREXA RELPREVV.....	105
XIFAXAN.....	69		

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 22/3/2022.

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.