



Neighborhood **INTEGRITY** (plan de Medicare-Medicaid) **2024 Formulario: Lista de medicamentos cubiertos**

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

Para obtener más información reciente o realizar otras preguntas, contáctenos al 1-844-812-6896 y TTY 711, de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m, o visite www.nhpri.org/INTEGRITY. No hemos realizado cambios desde el **20/06/2024**.

Neighborhood INTEGRITY| *Lista de Medicamentos Cubiertos* 2024 (Formulario)

Introducción

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

Índice

A. Renuncias de garantías.....	4
B. Preguntas frecuentes (FAQ).....	4
B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Para abreviar, también llamamos “Lista de medicamentos” a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> .).....	4
B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?	5
B3. ¿Qué sucede si hay una modificación en la Lista de medicamentos?	6
B4. ¿Existen restricciones o limitaciones para la cobertura de medicamentos o requisitos que se deban cumplir para obtener ciertos medicamentos?	7
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si hay requisitos que debo cumplir para obtener el medicamento?	8
B6. ¿Qué sucede si Neighborhood INTEGRITY modifica sus normas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, PA (aprobación), límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado sobre un medicamento)?	8
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?	8
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la Lista de medicamentos?	8
B9. ¿Qué sucede si soy un nuevo miembro de Neighborhood INTEGRITY y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo problemas para obtener mi medicamento?	9
B10. ¿Puedo solicitar una excepción que cubra mi medicamento?	9
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	10

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



B12. ¿Cuánto demora obtener una excepción?.....	10
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	11
B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?	11
B15. ¿Neighborhood INTEGRITY cubre productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?	11
B16. ¿Cuál es mi copago?	11
B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	11
C. Breve resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	12
C1. Medicamentos agrupados por condición médica.....	13
D. Índice de medicamentos cubiertos	162



A. Renuncias de garantías

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

- ❖ Neighborhood INTEGRITY es un plan de salud que posee un contrato tanto con Medicare como con Medicaid de Rhode Island para brindar beneficios de ambos programas a los inscritos.
- ❖ Siempre puede revisar la *Lista de Medicamentos Cubiertos* actualizada de Neighborhood INTEGRITY en línea en www.nhpri.org/INTEGRITY.
- ❖ Puede obtener este documento gratis en otros formatos, por ejemplo, letras grandes, Braille o audio. Comuníquese con el Servicio de atención a los miembros llamando al 1-844-812-6896, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. Los sábados por la tarde, los domingos y los días festivos puede dejar un mensaje. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. La llamada es gratuita.
- ❖ Puede solicitar este documento y los materiales que se publiquen en el futuro en su idioma de preferencia y/o en un formato alternativo, comunicándose con el Servicio de atención a los miembros. Esto se denomina “solicitud vigente”. El Servicio de atención a los miembros registrará su solicitud vigente en el expediente de miembro para que pueda recibir materiales ahora y en el futuro en su idioma y/o formato de preferencia. Puede modificar o cancelar su solicitud vigente en cualquier momento comunicándose con el Servicio de atención a los miembros.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

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

Los medicamentos que figuran en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* que comienza en la página **14** son los medicamentos cubiertos por Neighborhood INTEGRITY. Estos medicamentos se pueden adquirir en las farmacias de nuestra red. Una farmacia pertenece a nuestra red cuando tenemos un contrato con el establecimiento para que trabaje con nosotros y les provea servicios a los miembros. Nos referiremos a estos establecimientos como “farmacias de la red”.

- Neighborhood INTEGRITY cubrirá todos los medicamentos necesarios desde el punto de vista médico que estén en la Lista de medicamentos si:

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



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

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

B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

- **Aparición de un nuevo medicamento genérico.** A veces, aparece en el mercado un nuevo medicamento que funciona igual de bien que un medicamento de marca que está incluido en la Lista de medicamentos. Si eso sucede, es posible que eliminemos el medicamento de marca e incorporemos el nuevo medicamento genérico, pero el costo que usted pagará por el nuevo medicamento será el mismo. Cuando incorporemos el nuevo medicamento genérico, también es posible que decidamos conservar el medicamento de marca en la lista pero modifiquemos sus reglas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez que lo hayamos realizado.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos límites. Le enviaremos una notificación con los pasos a seguir para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, lea la pregunta B10.
- **Un medicamento es retirado del mercado.** Si la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) considera que algún medicamento que usted está tomando no es seguro o el fabricante de un medicamento decide retirarlo del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando dicho medicamento, recibirá una notificación. Le enviaremos una carta donde le aconsejaremos cómo proceder con su proveedor y su farmacéutico.

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

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

- la FDA proporciona nuevas pautas o se publican nuevas directrices clínicas sobre un medicamento,

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



- Incorporamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado y
 - Reemplazamos un medicamento de marca que se encuentra actualmente en la Lista de medicamentos o
 - Modificamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios:

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

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

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

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

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

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

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



Usted puede averiguar si su medicamento tiene algún otro requisito o límite consultando las tablas que figuran en las páginas **14-161**. También puede obtener información adicional visitando nuestro sitio web, www.nhpri.org/INTEGRITY. Hemos publicado documentos en línea en los cuales se explican nuestras restricciones en virtud de la PA y el tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

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

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

La tabla de medicamentos de la página **14** incluye una columna rotulada “Necessary actions, restrictions, or limits on use” (“Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”).

B6. ¿Qué sucede si Neighborhood INTEGRITY modifica sus normas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, PA (aprobación), límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado sobre un medicamento)?

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

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

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

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

Para buscar **por orden alfabético**, consulte la sección Índice de medicamentos cubiertos. Puede encontrarla en la página **162**.

Para buscar **por enfermedad**, busque la sección denominada “Drugs Grouped by Medical Condition” (“Medicamentos agrupados por enfermedad”) en la página **14**. En esta sección, los medicamentos están agrupados en categorías según el tipo de enfermedad para la que se utilizan. Por ejemplo, si usted tiene una enfermedad del corazón, debe buscar en la categoría **Cardiovascular**. Allí encontrará los medicamentos para tratar las enfermedades del corazón.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

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

B12. ¿Cuánto demora obtener una excepción?

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

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



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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

Neighborhood INTEGRITY cubre medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

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

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

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

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

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

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

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

B16. ¿Cuál es mi copago?

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

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

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

- Los medicamentos del Nivel 1 son los genéricos.
 - Los medicamentos del Nivel 2 son los de marca.
-

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



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

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

La *Lista de medicamentos cubiertos* le proporciona información sobre los medicamentos que cubre Neighborhood INTEGRITY. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página **162**. En el índice encontrará una lista de todos los medicamentos cubiertos por Neighborhood INTEGRITY en orden alfabético.

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

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

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

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



C1. Medicamentos agrupados por condición médica

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

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

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

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

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

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

DP = Este medicamento no corresponde a la Parte D.

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

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

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

Lista de Medicamentos Agrupados por Enfermedad

FECHA EFECTIVA: 1/7/2024

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
Agentes Alquilantes		
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nivel 2)	B/D; LA; NDS
carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml, 450 mg/45ml, 50 mg/5ml, 600 mg/60ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 500 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
cyclophosphamide injection solution reconstituted 2 gm	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/5ml, 2 gm/10ml, 500 mg/2.5ml, 500 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 2)	B/D
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 2)	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml, 200 mg/40ml, 50 mg/10ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
oxaliplatin intravenous solution reconstituted 50 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
PARAPLATIN INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/100ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
Agentes Antineoplásticos Hormonales		
abiraterone acetate oral tablet 250 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
abiraterone acetate oral tablet 500 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
anastrozole oral tablet 1 mg	\$0 (Nivel 1)	
bicalutamide oral tablet 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
Agentes Moleculares Dirigidos		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (240 cápsulas cada 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (240 cápsulas cada 30 días); NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg, 3.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (150 cápsulas cada 25 días); NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (360 cápsulas cada 30 días); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 cápsulas cada 28 días); NDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (112 cápsulas cada 28 días); NDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (84 cápsulas cada 28 días); NDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 cápsulas cada 28 días); NDS
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (63 tabletas cada 28 días); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (150 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (84 cápsulas cada 28 días); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 tabletas cada 28 días); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (216 ml cada 27 días); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D; LA; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (21 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (42 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (63 tabletas cada 28 días); NDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (240 cápsulas cada 30 días); NDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (140 tabletas cada 28 días); NDS
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (1260 ml cada 30 días); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 cápsulas cada 28 días); NDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 60-60-2000 MG-MG-U/ML, 80-40-2000 MG-MG-U/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (150 cápsulas cada 30 días); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (336 paquetes cada 28 días); NDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (224 cápsulas cada 28 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (300 tabletas cada 30 días); NDS
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (900 tabletas cada 30 días); NDS
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 cápsulas cada 28 días); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (64 tabletas cada 28 días); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (112 tabletas cada 28 días)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (42 tabletas cada 28 días); NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (300 ml cada 30 días); NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (240 cápsulas cada 30 días); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (4 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 tabletas cada 28 días); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (4 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (24 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (32 tabletas cada 28 días); NDS
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
Agentes Protectores		
<i>leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Antibióticos		
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100ML, 50 MG/25ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
Antimetabolitos		
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (5 tabletas cada 28 días); NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (100 tabletas cada 28 días); NDS
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (80 tabletas cada 28 días); NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (14 tabletas cada 28 días); NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	
Diversos		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (2 jeringas cada 28 días); NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (300 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (49 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (70 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (91 tabletas cada 28 días); NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Inhibidores Mitóticos		
<i>docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>etoposide intravenous solution 1 gm/50ml, 100 mg/5ml, 500 mg/25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>paclitaxel protein-bound part intravenous suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
Inmunomoduladores		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas cada 28 días); NDS
<i>lenalidomide oral capsule 20 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas cada 28 días); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (112 cápsulas cada 28 días); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 cápsulas cada 28 días); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (84 cápsulas cada 28 días); NDS
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoinmunes		
<i>adalimumab-aacf (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 plumas cada 365 días); NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 recambios cada 28 días); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 frascos cada 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 jeringas cada 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 28 días); NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 jeringas cada 28 días); NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 jeringas cada 28 días); NDS
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 28 días); NDS
HUMIRA-PED>=40KG CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 jeringas cada 28 días); NDS
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA-PSORIASIS/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 plumas cada 28 días); NDS
IDACIO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 plumas cada 365 días); NDS
IDACIO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 jeringas cada 365 días); NDS
IDACIO-CROHNS/UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año); NDS
IDACIO-PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año); NDS
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 plumas cada 28 días); NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 28 días); NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (110 tabletas cada año); NDS
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (168 tabletas cada año); NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 frascos cada año); NDS
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 plumas cada 365 días); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 recambio cada 56 días); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 jeringas cada 365 días); NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (1 frasco cada 28 días); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (3 jeringas cada 28 días); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (3 jeringas cada 28 días); NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 28 días); NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (480 ml cada 24 días); NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Fármacos Antirreumáticos Modificadores De La Enfermedad (Farme)		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0 (Nivel 2)	B/D; LA
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Inmunomoduladores		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
Inmunosupresores		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
<i>cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 1)	B/D
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
Vacunas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nivel 1)	
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
RABAVERIT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	QL (2 frascos por vida)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	\$0 (Nivel 1)	B/D
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 1)	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0 (Nivel 1)	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	\$0 (Nivel 1)	
ANALGÉSICOS		
Aine		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens ibuprofen suspension 200 mg/10ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gnp childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp ibuprofen childrens tablet chewable 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp ibuprofen infants suspension 50 mg/1.25ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp ibuprofen tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen infants suspension 50 mg/1.25ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm ibuprofen tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
IBU ORAL TABLET 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ibuprofen junior strength tablet chewable 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>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>ibuprofen tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>infants ibuprofen suspension 50 mg/1.25ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>meijer ibuprofen tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>px ibuprofen tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc ibuprofen tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm ibuprofen ib childrens tablet chewable 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm ibuprofen ib tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm ibuprofen tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm infants ibuprofen suspension 50 mg/1.25ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Analgésicos Opioides, De Acción Prolongada		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (4 parches cada 28 días)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hr, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hr, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (10 parches cada 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 ml cada 30 días)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (450 ml cada 30 días)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
Analgésicos Opioides, De Acción Rápida		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2700 ml cada 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (400 tabletas cada 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 pastillas cada 30 días); NDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 pastillas cada 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2700 ml cada 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ml cada 30 días)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 ml cada 30 días)
<i>morphine sulfate (pf) injection solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 5 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>morphine sulfate (pf) intravenous solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 50 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 cápsulas cada 30 días)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 ml cada 30 días)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
Diversos		
<i>8 hr arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen childrens solution 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen childrens tablet chewable 160 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen er tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen infants suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen suppository 120 mg rectal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen suppository 650 mg rectal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen tablet chewable 160 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>adult aspirin regimen tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>arthritis pain reliever tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin 81 tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin adult low dose tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin adult low strength tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin ec low strength tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin low dose tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin regimen tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin suppository 300 mg rectal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin tablet delayed release 325 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens silapap liquid 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hm arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm aspirin ec low dose tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm aspirin tablet delayed release 325 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pain reliever tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>liquid acetaminophen liquid 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mapap arthritis pain tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mapap capsule 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAPAP CHILDRENS TABLET CHEWABLE 160 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MAPAP CHILDRENS TABLET CHEWABLE 80 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>m-pap liquid 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain relief extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain relief liquid 500 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain relief regular strength tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARBETOL EXTRA STRENGTH TABLET 500 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARBETOL TABLET 325 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc aspirin low dose tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc aspirin tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc enteric aspirin tablet delayed release 325 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc non-aspirin childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc non-aspirin extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc pain relief childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc pain relief extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc pain relief tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm 8 hour pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm aspirin adult low strength tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm aspirin ec tablet delayed release 325 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm aspirin low dose tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm aspirin tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain relief tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever ex st tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tri-buffered aspirin tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ANESTÉSICOS		
Anestésicos Locales		
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
ANTIINFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (400 ml cada 30 días); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (480 tabletas cada 30 días)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0 (Nivel 2)	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Agentes Antituberculosos		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	
Agentes Combinados Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SYM TUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>casopofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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>micalfungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>posaconazole oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (630 ml cada 30 días); NDS
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (93 tabletas cada 30 días); NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada año)
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (480 tabletas cada 30 días)
Antiinfectivos, Varios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (672 tabletas cada año); NDS
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nivel 3)	DP
CARESTART COVID-19 HOME TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nivel 3)	DP
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
CLINITEST RAPID COVID-19 TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>covid-19 at-home test kit in vitro</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs covid-19 at home test kit in vitro</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
DIATRUST COVID-19 HOME TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ellume covid-19 home test kit in vitro</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (12 tabletas cada año); NDS
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nivel 3)	DP
GENABIO COVID-19 RAPID TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gnp antibacterial urinary pain tablet 162-162.5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
INDICAID COVID-19 RAPID TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nivel 3)	DP
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (12 tabletas cada 90 días)
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (1800 ml cada 30 días); NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
LUCIRA CHECK IT COVID-19 TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (6 tabletas cada 30 días); NDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nivel 3)	DP
ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT IN VITRO	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>reeses pinworm medicine suspension 144 (50 base) mg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN KIT IN VITRO	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (80 cápsulas cada 180 días)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (160 cápsulas cada 180 días)
Antimalariales		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
Antivirales		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (168 cápsulas cada año)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (84 cápsulas cada año)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1080 ml cada año)
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	\$0 (Nivel 2)	QL (40 tabletas cada 30 días)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (6 inhaladores cada año)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 tableta cada 180 días)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 tableta cada 180 días)
Cefalosporinas		
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 3 gm, 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	\$0 (Nivel 1)	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	\$0 (Nivel 1)	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)	
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Fluoroquinolonas		
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%)	\$0 (Nivel 2)	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naftillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naftillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 5000000 UNIT	\$0 (Nivel 1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
CARDIOVASCULAR		
Alfabloqueantes		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antagonistas Del Receptor De Aldosterona		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antagonistas Del Receptor De Angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antilipémicos, Fibratos		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antilipémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg-CoA		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Antilipémicos, Varios		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0 (Nivel 1)	
PREVALITE ORAL POWDER 4 GM/DOSE	\$0 (Nivel 1)	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0 (Nivel 2)	
Betabloqueadores		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Bloqueadores De Los Canales De Calcio		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Combinaciones De Inhibidores De Eca		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Diuréticos		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Diversos		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	QL (450 ml cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>digoxin injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>epinephrine (anaphylaxis) injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Hipertensión Arterial Pulmonar		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
Inhibidores De Ace		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>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/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0 (Nivel 1)	
DIVERSOS		
Diversos		
<i>1st base cream external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ARBEM H-COSMETIC CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ARBEM LIOPEN CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>az cream cream external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BASE PCCA CLARIFYING CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cream base cream external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>emollient base cream external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>grape flavor liquid (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm petroleum jelly gel external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrous emulsified base cream external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin liquid 1 mg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>microderm base cream external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MICROSOME BASE CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oral suspend liquid oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ORAPENN SD ANHYD SWEETENED LIQUID ORAL (OTC)	\$0 (Nivel 3)	DP
ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN LIQUID ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ORA-PLUS LIQUID ORAL (OTC)	\$0 (Nivel 3)	DP
PCCA BASE 7542 CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PCCA EMOLLIENT CREAM BASE CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>petrolatum gel external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>petroleum jelly gel external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PFCB CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE ANTIOXIDANT CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC CREAM EXTERNAL (OTC)	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC NATURAL CREAM EXTERNAL (OTC)	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE LIGHT CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE VAGINAL CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PHYTOBASE CREAM EXTERNAL (OTC)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>scar care cream external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm alcohol solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SYRSPEND SF LIQUID ORAL (OTC)	\$0 (Nivel 3)	DP
U-BASE CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
VANIBASE CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vanishing cream botanical base cream external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>versatile cream base cream external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VERSIGEL CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>white petroleum jelly gel external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>wound care cream external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
XCEL 100 CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ENDOCRINO Y METABÓLICO		
Agentes Aglutinantes De Fosfato		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 cápsulas cada 30 días)
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (540 paquetes cada 30 días)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 paquetes cada 30 días)
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (540 tabletas cada 30 días)
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
Agentes Antitiroideos		
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 2)	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Elevadores De Glucosa		
<i>cvs glucose gel 40 % oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
GLUTOSE 5 GEL 40 % ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/0.2ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>value plus glucose gel 40 % oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	\$0 (Nivel 2)	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	\$0 (Nivel 2)	
Analógicos De Vitamina D		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Andrógenos		
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 200 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>methyld testosterone oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (600 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (300 g cada 30 días)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (150 g cada 30 días)
Anticonceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>aimsco lubricated</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
CAMRESE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
CHATEAL EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
CYRED EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
DASETTA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
DASETTA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
DAYSEE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
DUREX REALFEEL DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
EMZAHH ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
ENILLORING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nivel 1)	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
FANTASY LUBRICATED	\$0 (Nivel 3)	DP
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
FC2 FEMALE CONDOM	\$0 (Nivel 3)	DP
FINZALA ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
HAILEY 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
HAILEY 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
HALOETTE VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
HEATHER ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
ICLEVIA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
JASMIEL ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 1)	
JOLESSA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
JULEBER ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
JUNEL FE 24 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
KAITLIB FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 1)	
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>kimono</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
KIMONO COLORS DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
KIMONO MAXX-LARGE FLARE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kimono micro thin</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kimono micro thin plus</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kimono plus</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kimono sensation</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kimono sensation plus</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
KIMONO SPECIAL DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LARIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LAYOLIS FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 1)	
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>maxx</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxx plus</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
MICROGESTIN 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>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg, 0.8-25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NYMYO ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
PHILITH ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 1)	
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
REALITY LATEX CONDOMS	\$0 (Nivel 3)	DP
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX NON-LUBRICATED	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX RIA LUBRICATED	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD	\$0 (Nivel 3)	DP
TURQOZ ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
TYDEMY ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG	\$0 (Nivel 1)	
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0 (Nivel 1)	
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 1)	
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	\$0 (Nivel 1)	
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
WERA ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
Antidiabéticos, Insulinas		
ADMELOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nivel 2)	
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	\$0 (Nivel 2)	
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	\$0 (Nivel 2)	
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5) KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
OMNIPOD GO KIT 10 UNIT/24HR, 15 UNIT/24HR, 20 UNIT/24HR, 25 UNIT/24HR, 30 UNIT/24HR, 35 UNIT/24HR, 40 UNIT/24HR	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0 (Nivel 2)	
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (5 plumas cada 25 días)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
V-GO 20 KIT 20 UNIT/24HR	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 dispositivos cada 30 días)
V-GO 30 KIT 30 UNIT/24HR	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 dispositivos cada 30 días)
V-GO 40 KIT 40 UNIT/24HR	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 dispositivos cada 30 días)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (5 plumas cada 30 días)
Antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 30 días)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 30 días)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

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

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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
Diversos		
ALDURAZyme INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>betaine oral powder</i>	\$0 (Nivel 2)	LA; NDS
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>charcoal powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
CVS KETONE CARE STRIP IN VITRO	\$0 (Nivel 3)	DP
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
GENOTROPIN MINISQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.2 MG, 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
JAVYGTOR ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
JAVYGTOR ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
KETO-DIASTIX STRIP IN VITRO	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
YARGESA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
Endometriosis		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Estrógenos		
DOTTI TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	\$0 (Nivel 1)	
Glucocorticoides		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution prefilled syringe 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	\$0 (Nivel 1)	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	
Non-Frf		
ADIPEX-P CAPSULE 37.5 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ADIPEX-P TABLET 37.5 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzphetamine hcl tablet 25 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzphetamine hcl tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diethylpropion hcl er tablet extended release 24 hour 75 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diethylpropion hcl tablet 25 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
LOMAIRA TABLET 8 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phendimetrazine tartrate tablet 35 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phentermine hcl capsule 15 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phentermine hcl capsule 30 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phentermine hcl capsule 37.5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phentermine hcl tablet 37.5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11.25-69 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15-92 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 3.75-23 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7.5-46 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
XENICAL CAPSULE 120 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
Progestinas		
medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	
megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml	\$0 (Nivel 2)	PA
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg	\$0 (Nivel 1)	
Reguladores De Calcio		
alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml	\$0 (Nivel 1)	
alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg	\$0 (Nivel 1)	
calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act	\$0 (Nivel 1)	B/D
ibandronate sodium oral tablet 150 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
pamidronate disodium intravenous solution 6 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 180 días)
risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg	\$0 (Nivel 1)	
teriparatide (recombinant) subcutaneous solution pen-injector 620 mcg/2.48ml	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
zoledronic acid intravenous solution 4 mg/100ml, 5 mg/100ml	\$0 (Nivel 1)	B/D
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Del Receptor H2		
famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2ml	\$0 (Nivel 1)	
famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml	\$0 (Nivel 1)	
famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ml cada 30 días)
famotidine oral tablet 20 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
famotidine oral tablet 40 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

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

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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
MINTOX PLUS TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc antacid suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc antacid tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc antacid/anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc antacid/anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid advanced max st suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid advanced suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid maximum strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid suspension 400-400-40 mg/10ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium bicarbonate powder oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Antidiarreicos		
<i>anti-diarrheal capsule 2 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>anti-diarrheal solution 1 mg/7.5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>anti-diarrheal tablet 2 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bismatrol tablet chewable 262 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp anti-diarrheal capsule 2 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp anti-diarrheal tablet 2 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp loperamide hcl solution 1 mg/7.5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pink bismuth tablet 262 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense anti-diarrheal solution 1 mg/7.5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm stomach relief ultra suspension 525 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loperamide hcl solution 1 mg/7.5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loperamide hcl tablet 2 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px stomach relief max st suspension 525 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc anti-diarrheal capsule 2 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc anti-diarrheal tablet 2 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc diarrhea relief suspension 262 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc pink bismuth suspension 525 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc stomach relief ultra suspension 525 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RESTORA RX CAPSULE 60-1.25 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal capsule 2 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal solution 1 mg/7.5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal tablet 2 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm stomach relief suspension 525 mg/30ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stomach relief tablet 262 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stomach relief tablet chewable 262 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stomach relief extra strength suspension 525 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stomach relief suspension 525 mg/30ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stomach relief ultra suspension 525 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Antieméticos		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>promethazine hcl oral solution 6.25 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (10 parches cada 30 días)
Antiespasmódicos		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
Diversos		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>gas relief extra strength tablet chewable 125 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief ultra strength capsule 180 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
<i>gnp anti-gas capsule 180 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gas relief tablet chewable 80 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm gas relief infants drops suspension 20 mg/0.3ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm gas relief tablet chewable 80 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH CAPSULE 250 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc gas relief extra strength capsule 125 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 jeringas cada 28 días); NDS
<i>sm gas relief infants suspension 20 mg/0.3ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gas relief tablet chewable 125 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gas relief tablet chewable 80 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días)
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 cápsulas cada 30 días)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Enzimas Pancreáticas		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT	\$0 (Nivel 2)	
Inhibidores De La Bomba De Protones		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Laxantes		
<i>bisacodyl ec tablet delayed release 5 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bisacodyl suppository 10 mg rectal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CLEARLAX POWDER 17 GM/SCOOP ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
COLACE CLEAR CAPSULE 50 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>docusate calcium capsule 240 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>docusate mini enema 283 mg/5ml rectal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>docusate sodium capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>docusate sodium capsule 250 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>docusate sodium liquid 50 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DOCUSOL KIDS ENEMA 100 MG/5ML RECTAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DOCUSOL MINI ENEMA 283 MG/5ML RECTAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>enema enema 7-19 gm/118ml rectal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>enema ready-to-use enema 7-19 gm/118ml rectal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ENEMEEZ MINI ENEMA 283 MG/5ML RECTAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ENEMEEZ PLUS ENEMA 20-283 MG RECTAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>epsom salt granules oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fiber laxative tablet 625 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fiber powder 28.3 % oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fiber tablet 625 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fiber-lax tablet 625 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FLEET ENEMA ENEMA 7-19 GM/118ML RECTAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FLEET ENEMA ENEMA RECTAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gavilax powder 17 gm/scoop oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	\$0 (Nivel 1)	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0 (Nivel 1)	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentle laxative suppository 10 mg rectal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gentlelax powder 17 gm/scoop oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glycerin (adult) suppository 2 gm rectal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glycerin (infants & children) suppository 1 gm rectal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glycerin adult suppository 2 gm rectal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glycerin childrens suppository 1 gm rectal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GLYCOLAX POWDER 17 GM/SCOOP ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
GNP CLEARLAX PACKET 17 GM ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
GNP CLEARLAX POWDER 17 GM/SCOOP ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp fiber powder 43 % oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gentle laxative suppository 10 mg rectal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp glycerin (adult) suppository 2.1 gm rectal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp glycerin child suppository 1.2 gm rectal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gnp milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp mineral oil oil oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp natural fiber capsule 0.52 gm oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp natural fiber powder 28.3 % oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp senna plus tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp womens gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GOODSENSE CLEARLAX POWDER 17 GM/SCOOP ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense epsom salt granules oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense mineral oil oil oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HEALTHYLAX PACKET 17 GM ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
HM CLEARLAX POWDER 17 GM/SCOOP ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm enema enema 7-19 gm/118ml rectal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm gentle laxative suppository 10 mg rectal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm laxative tablet delayed release 5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm senna tablet 8.6 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm stool softener capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm stool softener/laxative tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>konsyl daily fiber powder 28.3 % oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>konsyl daily fiber powder 60.3 % oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>laxative max str tablet 25 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>laxative regular strength tablet 15 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>milk of magnesia suspension 400 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>milk of magnesia suspension 7.75 % oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mineral oil oil oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MIRALAX POWDER 17 GM/SCOOP ORAL (OTC)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>natural psyllium seed powder 100 % oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA-LAX LIQUID 50 MG/15ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA-LAX SUPPOSITORY 2.8 GM RECTAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>peg 3350 packet 17 gm oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>peg 3350 powder 17 gm/scoop oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0 (Nivel 2)	
<i>polyethylene glycol 3350 packet 17 gm oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder 17 gm/scoop oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc enema enema 16-6 gm/133ml rectal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc epsom salt granules oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc fiber laxative capsule 0.52 gm oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc fiber therapy powder 25 % oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc fiber therapy powder 51.7 % oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc gentle laxative suppository 10 mg rectal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc milk of magnesia suspension 400 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc mineral oil heavy oil oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc natural vegetable powder 95 % oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc natura-lax powder 17 gm/scoop oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc stool softener capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc stool softener pls laxative tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REGULOID POWDER 28.3 % ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
REGULOID POWDER 43 % ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
REGULOID POWDER 51.7 % ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senexon-s tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna capsule 8.6 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna laxative tablet 8.6 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna liquid 8.8 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna plus tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna s tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna syrup 8.8 mg/5ml oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna tablet 8.6 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-lax tablet 8.6 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-tabs tablet 8.6 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-time s tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-time tablet 8.6 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SEKOKOT EXTRA STRENGTH TABLET 17.2 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
SM CLEARLAX POWDER 17 GM/SCOOP ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm enema enema 7-19 gm/118ml rectal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fiber powder 28.3 % oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm fiber powder 43 % oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fiber powder 58.6 % oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fiber powder powder 25 % oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fiber tablet 625 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stool softener capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stool softener/laxative tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stimulant laxative tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stool softener capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stool softener plus laxative tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vegetable lax+stool softener tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

GENITOURINARIO

Antiespasmódicos Urinarios

GEMTESA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (300 ml cada 28 días)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ml cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)

Antiinfecciosos Vaginales

<i>3 day vaginal cream 2 % vaginal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clotrimazole 3 cream 2 % vaginal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clotrimazole cream 1 % vaginal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp clotrimazole 3 cream 2 % vaginal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp miconazole 1 kit 1200 & 2 mg & % vaginal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp miconazole 3 kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp miconazole 7 cream 2 % vaginal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>miconazole 3 combo-suppl kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>miconazole 7 cream 2 % vaginal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>miconazole nitrate cream 2 % vaginal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MONISTAT 7 COMBO PACK APP KIT 100 & 2 MG-% (9GM) VAGINAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc 3 day cream 4 % vaginal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc clotrimazole cream 1 % vaginal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc miconazole 7 cream 2 % vaginal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm 3-day vaginal cream 2 % vaginal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm clotrimazole vaginal cream 1 % vaginal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 3 applicator kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 3 kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 7 cream 2 % vaginal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 7 suppository 100 mg vaginal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Diversos		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	\$0 (Nivel 1)	
Hiperplasia Prostática Benigna		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (74 tabletas cada 30 días)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (74 tabletas cada 30 días)
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 12500-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/500ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml, 25000-5 ut/500ml-%, 40-5 unit/ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>heparin sodium (porcine) pf injection solution 1000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (620 ml cada 30 días)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (51 tabletas cada 30 días)
Diversos		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
ALVAIZ ORAL TABLET 54 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (24 cajas cada 30 días); NDS
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 frascos cada 30 días); NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (20 frascos cada 30 días); NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (9 jeringas cada 30 días); NDS
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (360 paquetes cada 30 días); NDS
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (9 jeringas cada 30 días); NDS
<i>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Factores De Crecimiento Hematopoyéticos		
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 28 días); NDS
Hierro		
<i>active fe tablet 75-1.25 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CHROMAGEN CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CORVITA 150 TABLET 150-1.25 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CORVITE 150 TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>corvite fe tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs iron tablet 240 (27 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs iron tablet 325 (65 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs slow release dried iron tablet extended release 45 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs slow release iron tablet extended release 45 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq slow-release iron tablet extended release 45 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq iron supplement therapy tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq slow release iron tablet extended release 160 (50 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
FERAHEME SOLUTION 510 MG/17ML INTRAVENOUS	\$0 (Nivel 3)	DP
FERATE TABLET 240 (27 FE) MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FERGON TABLET 240 (27 FE) MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FERIVA 21/7 TABLET 75-1 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FERIVAFA CAPSULE 110-1 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FEROSUL TABLET 325 (65 FE) MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FERRALET 90 TABLET 90-1 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferretts tablet 325 (106 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FERREX 150 CAPSULE 150 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferric x-150 capsule 150 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FERRLECIT SOLUTION 12.5 MG/ML INTRAVENOUS	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous fumarate tablet 29 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous fumarate tablet 324 (106 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous gluconate tablet 240 (27 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous gluconate tablet 324 (37.5 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous gluconate tablet 324 (38 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous sulfate solution 220 (44 fe) mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous sulfate tablet 325 (65 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous sulfate tablet delayed release 324 (65 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous sulfate tablet delayed release 325 (65 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLITAB 500 TABLET EXTENDED RELEASE 105-500-0.8 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLIVANE-F CAPSULE 125-1 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLIVANE-PLUS CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FUSION CAPSULE 65-65-25-30 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FUSION PLUS CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp iron tablet extended release 45 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMATEX LIQUID 100 MG/5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hematinic/folic acid tablet 324-1 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMATOGEN FA CAPSULE 200-250-0.01-1 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMOCYTE PLUS CAPSULE 106-1 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
INFED SOLUTION 50 MG/ML INJECTION	\$0 (Nivel 3)	DP
INJECTAFER SOLUTION 750 MG/15ML INTRAVENOUS	\$0 (Nivel 3)	DP
INTEGRA CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
INTEGRA F CAPSULE 125-1 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
INTEGRA PLUS CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron 27 tablet 240 (27 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron chews pediatric tablet chewable 15 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron high-potency tablet 325 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron slow release tablet extended release 45 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron supplement solution 220 (44 fe) mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron tablet 240 (27 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron tablet 325 (65 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron tablet 90 (18 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
IRON UP LIQUID 15 MG/0.5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp ferrous gluconate tablet 324 (37.5 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp ferrous sulfate tablet 325 (65 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MONOFERRIC SOLUTION 1000 MG/10ML INTRAVENOUS	\$0 (Nivel 3)	DP
MULTIGEN PLUS TABLET 50-101-1 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MULTIGEN TABLET 70 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>na ferric gluc cplx in sucrose solution 12.5 mg/ml intravenous</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHRON FA TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
NIFEREX TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
NOVAFERRUM LIQUID 125 MG/5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS LIQUID 15 MG/ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
NUFERA TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
NU-IRON CAPSULE 150 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
POLY-IRON 150 CAPSULE 150 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polysaccharide iron complex capsule 150 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polysaccharide-iron complex capsule 150 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>purevit dualfe plus capsule 162-115.2-1 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px iron tablet 27 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc ferrous sulfate tablet 325 (65 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra high potency iron tablet 27 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra iron tablet 27 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra slow release iron tablet extended release 45 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>se-tan plus capsule 162-115.2-1 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SLOW FE TABLET EXTENDED RELEASE 45 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>slow iron tablet extended release 160 (50 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>slow release iron tablet extended release 160 (50 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>slow release iron tablet extended release 45 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>slow release iron tablet extended release 47.5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>slow release iron tablet extended release 50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm iron slow release tablet extended release 160 (50 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm iron tablet 325 (65 fe) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm slow release dried iron tablet extended release 45 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm slow release iron tablet extended release 45 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TANDEM CAPSULE 53-53 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
TANDEM PLUS CAPSULE 162-115.2-1 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
TRICON CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
TRIFERIC PACKET 272 MG HEMODIALYSIS	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>trigels-f forte capsule 460-60-0.01-1 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VENOFER SOLUTION 20 MG/ML INTRAVENOUS	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRON-C TABLET 65-125 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>wee care suspension 15 mg/1.25ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Inhibidores De Agregación Plaquetaria		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
OFTÁLMICOS		
Antialérgicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
NAPHCN-A SOLUTION 0.025-0.3 % OPHTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
OPCON-A SOLUTION 0.027-0.315 % OPHTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0 (Nivel 2)	
Antiglaucoma		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	\$0 (Nivel 2)	
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	\$0 (Nivel 2)	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	\$0 (Nivel 2)	
Antiinfectivos/Antiinflamatorios		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (Nivel 1)	
NEO-POLYCIN HC OPHTHALMIC OINTMENT 1 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0 (Nivel 2)	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$0 (Nivel 2)	
Antiinfectivos		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	\$0 (Nivel 1)	
NEO-POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 3.5-400-10000	\$0 (Nivel 1)	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 500-10000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	\$0 (Nivel 2)	
Antiinflamatorios		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %, 0.075 %</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)	
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nivel 2)	
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (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		
ALCON TEARS SOLUTION 0.5 % OPHTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 2)	
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
GENTEAL SEVERE GEL 0.3 % OPHTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS MODERATE PF SOLUTION 0.1-0.3 % OPHTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS SOLUTION 0.1-0.2-0.3 % OPHTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp artificial tears solution 5-6 mg/ml ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp lubricating plus eye drops solution 0.5 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense lubricating eye drop solution 0.5 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm dry eye relief solution 0.2-0.2-1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm lubricating tears solution 0.4-0.3 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lubricant eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lubricating eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lubricating plus eye drops solution 0.5 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lubricating tears eye drops solution 0.1-0.3 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION 1.338 GM/ML	\$0 (Nivel 2)	
MURO 128 OINTMENT 5 % OPHTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
MURO 128 SOLUTION 5 % OPHTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polyvinyl alcohol solution 1.4 % ophthalmic (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
REFRESH CELLUVISC GEL 1 % OPHTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH LIQUIGEL GEL 1 % OPHTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE GEL 1-0.9 % OPHTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE MEGA-3 SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
REFRESH OPTIVE PF SOLUTION 0.5-0.9 % OPTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE SOLUTION 0.5-0.9 % OPTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH PLUS SOLUTION 0.5 % OPTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH RELIEVA SOLUTION 0.5-0.9 % OPTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH SOLUTION 1.4-0.6 % OPTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH TEARS SOLUTION 0.5 % OPTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
RESTASIS MULTIDOSE OPTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0 (Nivel 2)	
RESTASIS OPTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>sm lubricant eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lubricating plus solution 0.5 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lubricating tears solution 0.4-0.3 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) solution 5 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE BALANCE SOLUTION 0.6 % OPTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE COMPLETE SOLUTION 0.6 % OPTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE GEL 0.4-0.3 % OPTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE PRESERVATIVE FREE SOLUTION 0.4-0.3 % OPTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE SOLUTION 0.4-0.3 % OPTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ULTRA PF SOLUTION 0.4-0.3 % OPTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ULTRA SOLUTION 0.4-0.3 % OPTHALMIC	\$0 (Nivel 3)	DP
TYRVAYA NASAL SOLUTION 0.03 MG/ACT	\$0 (Nivel 2)	
<i>ultra lubricating eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
XIIDRA OPTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	
ÓTICOS		
Agentes Óticos		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
FLAC OTIC OIL 0.01 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluocinolone acetate otic oil 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
RESPIRATORIOS		
Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (30 blísteres cada 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antihistamínicos		
<i>24hr allergy relief tablet 180 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all day allergy tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all-day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aller-chlor tablet 4 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy 24-hr tablet 180 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy childrens liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy rel child (loratadine) solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief capsule 25 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief childrens liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief childrens solution 1 mg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief tablet 25 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief tablet 4 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief tablet 5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy tablet 4 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
BANOPHEN CAPSULE 25 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
BANOPHEN CAPSULE 50 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
BANOPHEN TABLET 25 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl allergy child solution 5 mg/5ml oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl childrens alrgy solution 1 mg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ml cada 30 días)
<i>cetirizine hcl tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl tablet 5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl tablet chewable 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>cetirizine hcl tablet chewable 5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens loratadine solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>complete allergy medicine capsule 25 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>diphenhydramine hcl capsule 25 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl capsule 50 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl childrens liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diphenhydramine hcl liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl tablet 25 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ed chlorped jr syrup 2 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fexofenadine hcl tablet 180 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fexofenadine hcl tablet 60 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp all day allergy childrens solution 1 mg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp all day allergy tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy relief 24 hr tablet 5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy relief capsule 25 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy relief max st liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy relief tablet 180 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy relief tablet 25 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy relief tablet 4 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy tablet 25 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp childrens allergy liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp loratadine childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp loratadine solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp loratadine tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp loratadine tablet dispersible 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense all day allergy solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense all day allergy tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense aller-ease tablet 180 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense allergy relief tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm allergy relief (cetirizine) tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm allergy relief capsule 25 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm allergy relief tablet 180 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm allergy relief tablet 4 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hm cetirizine hcl tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm loratadine childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm loratadine tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ml cada 30 días)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>liquid allergy relief liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine childrens tablet chewable 5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>m-dryl liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pharbedryl capsule 25 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pharbedryl capsule 50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc all day allergy tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc allergy childrens liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc childrens allergy solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc loratadine allergy relief tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>siladryl allergy liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm all day allergy tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm allergy childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm allergy relief tablet 25 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm childrens loratadine solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fexofenadine hcl tablet 180 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fexofenadine hcl tablet 60 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm loratadine solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm loratadine tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Beta Agonistas		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (2 inhaladores cada 30 días)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (60 inhalaciones cada 30 días)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nivel 2)	QL (6 inhaladores cada 30 días)
Combinaciones De Anticolinérgicos/Beta Agonistas		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (60 blísteres cada 30 días)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nivel 2)	QL (4 inhaladores cada 28 días)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (60 blísteres cada 30 días)
Combinaciones De Esteroides/Beta Agonistas		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	\$0 (Nivel 2)	QL (60 blísteres cada 30 días)
DULERA INHALATION AEROSOL 100-5 MCG/ACT, 200-5 MCG/ACT, 50-5 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (3 inhaladores cada 30 días)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 inhalaciones cada 30 días)
WIXELA INHUB INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	\$0 (Nivel 1)	QL (60 inhalaciones cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Diversos		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
AEROCHAMBER MINI CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER MV	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROVENT PLUS DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (560 cápsulas cada 28 días); NDS
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE (OTC)	\$0 (Nivel 3)	DP
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE (RX)	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cromolyn sodium aerosol solution 5.2 mg/act nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
EASIVENT	\$0 (Nivel 3)	DP
EASIVENT MASK LARGE	\$0 (Nivel 3)	DP
EASIVENT MASK MEDIUM	\$0 (Nivel 3)	DP
EASIVENT MASK SMALL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>eq space chamber anti-static device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>eq space chamber anti-static l device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq space chamber anti-static m device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq space chamber anti-static s device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
FLEXICHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
INSPIRACHAMBER/LARGE DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
INSPIRACHAMBER/MEDIUM DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
INSPIRACHAMBER/MOUTHPIECE DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
INSPIRACHAMBER/SMALL DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
INSPIREASE	\$0 (Nivel 3)	DP
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 paquetes cada 28 días); NDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
MICROCHAMBER	\$0 (Nivel 3)	DP
MICROCHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
MICROSPACER	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>neti pot sinus wash kit 2300-700 mg nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
OPTICHAMBER DIAMOND	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK	\$0 (Nivel 3)	DP
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 paquetes cada 28 días); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (270 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (270 tabletas cada 30 días); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
POCKET CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
POCKET SPACER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pro comfort spacer adult</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>pro comfort spacer child</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pro comfort spacer infant device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>procare spacer/adult mask device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>procare spacer/child mask device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>pure comfort spacer chamber device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RITEFLO DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (56 tabletas cada año)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 paquetes cada 28 días); NDS
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 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, 4000 MG, 5000 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
Esteroides Nasales		
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 botellas cada 30 días)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 botella cada 30 días)
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION 93 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (32 ml cada 30 días)
Inhalantes Esteroides		
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 160 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 80 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (3 inhaladores cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (30 inhalaciones cada 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
Moduladores De Leucotrieno		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Tos Y Resfriado		
<i>12 hour decongestant tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>12 hour nasal decongestant solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>12 hour nasal decongestant tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>12 hour nasal spray solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all day allergy d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief d-12 tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief d-24 tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief/nasal decongest tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief/nasal decongest tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy/congestion relief tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aquanaz tablet 10-15-400 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BENZEDREX INHALER NASAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzonatate capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzonatate capsule 150 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzonatate capsule 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>capcof syrup 5-2-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine-pseudoephedrine er tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chest congestion relief dm syrup 10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>chest congestion relief liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens mucus relief cough liquid 5-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coditussin ac liquid 200-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coditussin dac liquid 30-10-200 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cough dm childrens suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DECONEX IR TABLET 10-385 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DELSYM CGH/CHEST CONG DM CHILD LIQUID 5-100 MG/5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DELSYM COUGH CHILDRENS SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DELSYM COUGH/CHEST CONGEST DM LIQUID 5-100 MG/5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DELSYM SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextromethorphan hbr capsule 15 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextromethorphan polistirex er suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ed-a-hist dm liquid 10-4-15 mg/5ml oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy & congestion tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy/congestion relief tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp cough dm er suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp mucus er tablet extended release 12 hour 1200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp mucus er tablet extended release 12 hour 600 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp mucus relief tablet extended release 12 hour 1200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant pe tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant tablet 30 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gnp nasal spray extra moist solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal spray fast acting solution 1 % nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal spray solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp no drip nasal spray solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin cf cough & cold syrup 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin cough long acting syrup 15 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin dm cough liquid 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin dm liquid 20-200 mg/20ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin dm max liquid 20-400 mg/20ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin mucus & chest cong liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense cough dm childrens suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense mucus er maximum str tablet extended release 12 hour 1200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense mucus er tablet extended release 12 hour 600 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense mucus relief child liquid 2.5-5-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense tussin dm liquid 20-200 mg/20ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense tussin dm max liquid 20-400 mg/20ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin er tablet extended release 12 hour 600 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin tablet 200 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin-codeine solution 100-10 mg/5ml oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin-codeine solution 200-20 mg/10ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin-dm syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm allergy relief/nasal decong tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nasal decongestant 12 hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nasal decongestant pe tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nose drops solution 1 % nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HYCODAN SOLUTION 5-1.5 MG/5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er suspension extended release 10-8 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr solution 5-1.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr tablet 5-1.5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydromet solution 5-1.5 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lohist-dm syrup 5-2-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine-d 12hr tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine-d 24hr tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAR-COF BP LIQUID 30-2-7.5 MG/5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MAR-COF CG EXPECTORANT LIQUID 225-7.5 MG/5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MAXIFED TABLET 60-360 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss ac solution 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss cd liquid 10-4-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss g liquid 10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss gmx liquid 10-200 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>m-clear wc solution 100-6.33 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
M-END PE LIQUID 3.33-1.33-6.33 MG/5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX CHILDRENS FREEFROM LIQUID 5-100 MG/5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE SOLUTION 0.05 % NASAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX COUGH CHILDRENS LIQUID 5-100 MG/5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX DM TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 30-600 MG ORAL (OTC)	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS LIQUID 400 MG/20ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CONGEST COUGH TABLET 5-10-200 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX DM MAX LIQUID 20-400 MG/20ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX FREEFROM SEV CNGST/CGH LIQUID 10-20-400 MG/20ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 1200 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL SOLUTION 0.05 % NASAL	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
MUCINEX TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus & chest congestion liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief childrens liquid 2.5-5-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief cough childrens liquid 5-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief dm liquid 20-400 mg/20ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief dm max liquid 20-400 mg/20ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief dm tablet extended release 12 hour 30-600 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief er tablet extended release 12 hour 600 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief max st tablet extended release 12 hour 1200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief tablet extended release 12 hour 600 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant pe tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant spray solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant tablet 30 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal four solution 1 % nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal relief solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal spray 12 hour solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal spray extra moisturizing solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NINJACOF-XG LIQUID 200-8 MG/5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
NIVANEX DMX TABLET 10-15-380 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>no drip nasal spray solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nohist-dm liquid 10-4-15 mg/5ml oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phenylephrine-dm-gg liquid 10-18-200 mg/15ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phenylephrine-dm-gg tablet 10-17.5-385 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-tussin ac liquid 10-4-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
POLY-VENT IR TABLET 60-380 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>promethazine vc/codeine syrup 6.25-5-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>promethazine-codeine solution 6.25-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>promethazine-codeine syrup 6.25-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pseudoeph-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml oral (rx)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pseudoephedrine hcl er tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pseudoephedrine hcl tablet 30 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pseudoephedrine hcl tablet 60 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>qc loratadine-d tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc mucus relief er tablet extended release 12 hour 1200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc mucus relief tablet extended release 12 hour 600 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc nasal decongestant pe tablet 30 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc suphedrine maximum strength tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc tussin dm cough/congestion liquid 10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc tussin mucus/congestion liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc vapor inhaler inhaler 50 mg inhalation</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>robafen cf multi-symptom cold liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ROBAFEN DM LIQUID 20-200 MG/20ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ROBAFEN MUCUS/CHEST CONGESTION LIQUID 200 MG/10ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>rynex pse liquid 1-15 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb allergy relief/nasal decong tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>siltussin sa liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>siltussin-dm alcohol free syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sinus nasal spray solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sinus relief extra strength solution 1 % nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lorata-dine d tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm mucus relief max strength tablet extended release 12 hour 1200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm mucus relief tablet extended release 12 hour 600 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal decongestant max st tablet 30 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal decongestant pe tablet 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal spray 12 hour solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal spray moisturizing solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal spray sinus solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm nasal spray solution 0.05 % nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nose drops nasal decongest solution 1 % nasal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest liquid 20-200 mg/10ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest liquid 20-200 mg/20ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin dm max liquid 20-400 mg/20ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin dm syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin mucus+chest congest liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium chloride nebulization solution 7 % inhalation</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sudogest 12 hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH TABLET 30 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
SUDOGEST TABLET 30 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
SUDOGEST TABLET 60 MG ORAL (OTC)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>suphedrine 12hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL C SYRUP 30-10-100 MG/5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tusnel diabetic liquid 10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL DM LIQUID 10-20-400 MG/5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL DM PEDIATRIC LIQUID 2.5-5-75 MG/5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL LIQUID 30-15-200 MG/5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL PEDIATRIC LIQUID 15-5-50 MG/5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL-DM PEDIATRIC LIQUID 7.5-2.5-25 MG/ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL-EX LIQUID 100 MG/5ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin cough syrup 15 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin dm liquid 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin dm max adult liquid 5-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin dm syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin mucus & chest congest liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin mucus+chest congestion liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin multi-symptom cold cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VANATAB DM TABLET 5-9-198 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (600 ml cada 30 días); NDS
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (480 ml cada 30 días)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 tabletas cada 30 días)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 tabletas cada 30 días)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (360 cápsulas cada 30 días); NDS
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (360 paquetes cada 30 días); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (240 ml cada 30 días)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1200 ml cada 30 días)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (600 ml cada 30 días); NDS
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (480 ml cada 30 días)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (360 ml cada 30 días); NDS
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (720 ml cada 30 días); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 cápsulas cada 30 días)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2160 ml cada 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1200 ml cada 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1500 ml cada 30 días)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (900 ml cada 30 días)
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2400 ml cada 30 días); NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (480 tabletas cada 30 días)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (90 tabletas cada 30 días)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (360 tabletas cada 30 días)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (180 tabletas cada 30 días)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (120 tabletas cada 30 días)
SUBVENITE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 1)	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 hojas cada 30 días); NDS
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
VIGADRONE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
VIGPODER ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (28 tabletas cada 28 días)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (900 ml cada 30 días); NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (1100 ml cada 30 días); NDS
Agentes Antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (300 cápsulas cada 30 días); NDS
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
Agentes Para Esclerosis Múltiple		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 95 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (14 jeringas cada 28 días); NDS
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 jeringas cada 30 días); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (12 jeringas cada 28 días); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 jeringas cada 30 días); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (12 jeringas cada 28 días); NDS
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (16 plumas cada año); NDS
Agentes Para Terapia Musculoesquelética		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>baclofen oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Ansiolíticos		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (150 ml cada 30 días)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 ml cada 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
Antidemencia		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (200 ml cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	\$0 (Nivel 2)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 parches cada 30 días)
Antidepresivos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 parches cada 30 días); NDS
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (900 ml cada 30 días)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas cada 14 días); NDS
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (14 cápsulas cada 14 días); NDS
Antipsicóticos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inyección cada 28 días); NDS
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 56 días); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (270 tabletas cada 30 días)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (270 tabletas cada 30 días)
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año)
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inyección cada 180 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 78 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 90 días); NDS
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 frascos cada 1 día)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 30 días); NDS
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 inyecciones cada 28 días)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inyecciones cada 28 días); NDS
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 ml cada 30 días)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>risperidone oral tablet dispersible 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	QL (30 parches cada 30 días); NDS
thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (600 ml cada 30 días); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (6 inyecciones cada 3 días)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 frascos cada 28 días); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 frasco cada 28 días); NDS
Desorden Hiperactivo Y Déficit De Atención		
amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
atomoxetine hcl oral capsule 40 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 4 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (900 ml cada 30 días)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1800 ml cada 30 días)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días)
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Diversos		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6 & 12 & 24 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año); NDS
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
Hipnóticos		
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
Migraña		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 ml cada 30 días); NDS
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (40 tabletas cada 28 días)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 tabletas cada 30 días)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 tabletas cada 30 días)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (18 tabletas cada 30 días)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (18 tabletas cada 30 días)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 unidades cada 30 días)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (24 unidades cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 tabletas cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (18 inyecciones cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 inyecciones cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 inyecciones cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (18 inyecciones cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 inyecciones cada 30 días)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 tabletas cada 30 días)
Narcolepsia/Cataplexia		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (540 ml cada 30 días); NDS
Non-Frf		
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gabapentin oral solution 300 mg/6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2160 ml cada 30 días)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
Psicoterapéutico, Varios		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 hojas cada 30 días)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 hojas cada 30 días)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gnp nicotine gum 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine mini lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine mini lozenge 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain relief nighttime tablet 250-250-38 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense nicotine gum 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense nicotine gum 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense nicotine lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense nicotine lozenge 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NICODERM CQ PATCH 24 HOUR 14 MG/24HR TRANSDERMAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine kit 21-14-7 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine mini lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine mini lozenge 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mini lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine step 1 patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine step 2 patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine step 3 patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0 (Nivel 2)	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>qc nicotine transdermal system patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc nicotine transdermal system patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine gum 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (2 paquetes cada año)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SUPLEMENTOS NUTRICIONALES		
Diversos		
<i>co q 10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co q-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>co q-10 capsule 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co q10 capsule 30 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co q-10 capsule 300 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coenzyme q10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coenzyme q-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co-enzyme q10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coenzyme q-10 capsule 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co-enzyme q10 capsule 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coenzyme q-10 capsule 30 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq10 capsule 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq10 capsule 30 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq-10 capsule 30 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq-10 capsule 400 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq10 maximum strength capsule 400 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs coenzyme q-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs coq-10 capsule 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs coq-10 capsule 400 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql coq10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql coq10 capsule 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glutamine powder oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp co q-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp co q10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp co q10 capsule 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp melatonin maximum strength tablet 5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp melatonin tablet 3 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp melatonin tablet 3 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin liquid 1 mg/4ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin liquid 2.5 mg/10ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin maximum strength tablet 5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin tablet 1 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin tablet 3 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin tablet 300 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin tablet 5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEOQ10 CAPSULE 125 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
Q-SORB CO Q-10 CAPSULE 100 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
Q-SORB CO Q-10 CAPSULE 200 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ra coenzyme q-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra coenzyme q-10 capsule 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm co q-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm co q-10 capsule 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm coenzyme q-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>yl coenzyme q10 capsule 30 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Electrolitos/Minerales, Inyectables		
<i>dextrose 5%/electrolyte #48 intravenous solution</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose-sodium chloride solution 2.5-0.45 % intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose-sodium chloride solution 2.5-0.45 % intravenous</i>	\$0 (Nivel 2)	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
<i>kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-%-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-%-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lactated ringers intravenous solution</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gm/100ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution</i>	\$0 (Nivel 1)	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE A 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 DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 20 meq/50ml, 40 meq/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/50ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	\$0 (Nivel 2)	B/D
Electrolitos/Minerales/Vitaminas Orales		
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	\$0 (Nivel 1)	
<i>m-natal plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Electrolitos		
ADVANTAGE CARE ELECTROLYTE PED SOLUTION ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
BIOLYTE SOLUTION ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CERALYTE 70 SOLUTION ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CERASPORT EX1 SOLUTION ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CERASPORT SOLUTION ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs electrolyte solution solution oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs ped electrolyte freeze pop solution oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ENFAMIL ENFALYTE SOLUTION ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>h-e-b oral electrolyte solution oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HYDRALYTE SOLUTION ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
KINDERLYTE PREMAX SOLUTION ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
KINDERLYTE SOLUTION ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oral electrolytes solution oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ORALYTE SOLUTION ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ped electrolyte freeze pops solution oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ped electrolyte freezer pops solution oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA VANCE SOLUTION ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLUTION ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE FREEZER POPS SOLUTION ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE SINGLES SOLUTION ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE SOLUTION ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pediatric electrolyte-zinc solution oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REHYDRALYTE SOLUTION ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Minerales		
<i>600+d3 tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cal-citrate plus vitamin d tablet 250-2.5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium + vitamin d3 tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>calcium + vitamin d3 tablet 600-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 1000 + d tablet 1000-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 1200 tablet chewable 1200-1000 mg-unit oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500 + d tablet 500-3.125 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500 + d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500 + d3 tablet 500-15 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500/d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500/vitamin d tablet 500-3.125 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d high potency tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d3 tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d3 tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 + d tablet 600-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 high potency tablet 600 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 tablet 1500 (600 ca) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 tablet 600 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d tablet chewable 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d3 tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d high potency tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d3 plus minerals tablet 600-800 mg-unit oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d3 tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d3 tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d3 tablet 600-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol tablet 600-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol tablet chewable 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate powder (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>calcium carbonate powder 800 mg/2gm oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate tablet 1250 (500 ca) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate tablet 1500 (600 ca) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate tablet 600 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate tablet chewable 1250 (500 ca) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate tablet chewable 260 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate + d tablet 250-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate + d tablet 315-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate + d3 maximum tablet 315-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate + d3 tablet 200-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate + d3 tablet 315-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate tablet 950 (200 ca) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate+d3 petites tablet 200-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate+d3 tablet 315-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d tablet 200-3.125 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d tablet 315-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d3 tablet 315-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium creamies tablet chewable 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium gluconate capsule 50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium high potency tablet 1500 (600 ca) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium high potency/vitamin d tablet 600-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium lactate tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium lactate tablet 750 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium oyster shell tablet 1250 (500 ca) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium plus vitamin d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium plus vitamin d3 tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium tablet chewable 500-2.5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium+d3 tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium+d3 tablet 500-15 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium+d3 tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium-magnesium-zinc tablet 333-133-5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium-magnesium-zinc tablet 333-133-8.3 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium-magnesium-zinc-d3 tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium-vitamin d3 tablet 250-3.125 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cal-mint tablet chewable 260 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
CALTRATE 600+D3 SOFT TABLET CHEWABLE 600-20 MG-MCG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CALTRATE MINIS PLUS MINERALS TABLET 300-800 MG-UNIT ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chelated magnesium tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CITRACAL MAXIMUM TABLET 315-6.25 MG-MCG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CITRACAL PETITES/VITAMIN D TABLET 200-6.25 MG-MCG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>citrus calcium/vitamin d tablet 200-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium + d3 tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium 600 & vitamin d3 tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium 600 + d/minerals tablet 600-800 mg-unit oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium 600+d tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium carbonate tablet 1250 (500 ca) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium citrate+d3 petites tablet 200-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs magnesium oxide tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs magnesium tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs oyster shell calcium-vit d tablet 500-3.125 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs zinc gluconate tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium 500+d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium 600+d tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium 600+d+minerals tablet 600-800 mg-unit oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium citrate+d tablet 315-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium citrate/vitamin d tablet 315-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium citrate/vitamin d3 tablet 315-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium/vitamin d tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium/vitamin d3 tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fluoritab solution 0.275 (0.125 f) mg/drop oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium 500 +d3 tablet 500-15 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium 600 +d/minerals tablet 600-800 mg-unit oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium 600 +d3 tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium citrate +d3 tablet 315-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gnp calcium tablet 1500 (600 ca) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm calcium citrate+d3 petite tablet 200-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp calcium 600+d tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp calcium 600+d tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp calcium citrate+d tablet 315-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp calcium-magnesium-zinc tablet 333-133-5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp mag-oxide magnesium tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAG64 TABLET DELAYED RELEASE 64 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGDELAY TABLET DELAYED RELEASE 64 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mag-g tablet 500 (27 mg) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGNEBIND 300 TABLET 250-300 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGNEBIND 400 TABLET 80-115 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium gluconate tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium gluconate tablet 27.5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium gluconate tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium lactate tablet extended release 84 mg (7meq) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement tablet 400 (240 mg) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement tablet chewable 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium tablet 200 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGNESIUM-OXIDE TABLET 400 (240 MG) MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGOX 400 TABLET 400 (240 MG) MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MAG-OXIDE TABLET 200 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>manganese chloride solution 0.1 mg/ml intravenous</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mgo tablet 400 (240 mg) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NU-MAG TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ORAZINC CAPSULE 220 (50 ZN) MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ORAZINC TABLET 110 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
OS-CAL CALCIUM + D3 TABLET 500-5 MG-MCG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
OS-CAL EXTRA D3 TABLET 500-15 MG-MCG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
OS-CAL TABLET CHEWABLE 500-15 MG-MCG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
OYSCO 500+D TABLET 500-5 MG-MCG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d3 tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium plus d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium w/d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d3 tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d3 tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vit d3 tablet 250-3.125 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vitamin d tablet 500-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PRONUTRIENTS CALCIUM+D3 TABLET 600-20 MG-MCG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pure calcium carbonate tablet 1500 (600 ca) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px calcium&d tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc calcium fast dissolution tablet 1500 (600 ca) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium 600 tablet 1500 (600 ca) mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium 600/vitamin d-3 tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium cit plus vit d-3 tablet 315-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium citrate plus vit d tablet 315-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium cit-vit d-3 petites tablet 200-6.25 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium plus vitamin d tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium plus vitamin d tablet 600-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RA HI CAL TABLET 500-5 MG-MCG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra natural magnesium tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra zinc tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb calcium + d tablet 600-5 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb oyster shell calcium tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium 500/vitamin d3 tablet 500-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium 600/vitamin d tablet 600-10 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium 600+d3 tablet 600-20 mg-mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>clanimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>clanimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>clanimix/dextrose (8/14) intravenous solution 8 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (Nivel 1)	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>cupric chloride solution 0.4 mg/ml intravenous</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose intravenous solution 50 %, 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (Nivel 1)	B/D
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>selenious acid solution 60 mcg/ml intravenous</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TRALEMENT SOLUTION 300-55-60-3000 MCG/ML INTRAVENOUS	\$0 (Nivel 3)	DP
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>zinc chloride solution 1 mg/ml intravenous</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Vitaminas		
<i>50+ adult eye health capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a-10000 capsule 3 mg (10000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a-25 capsule 7.5 mg (25000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acerola c-500 tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ACTIVNUTRIENTS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>adc/f (0.5mg/ml) solution 0.5 mg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ADEK GUMMIES PLUS ZN TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>adult one daily gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ADVANCED MULTI EA TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE GUMMIES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE KIDS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE+GOOD REST TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE+NATURAL ENERGY LIQUID ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
AIRBORNE+PROBIOTIC TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE MULTI-VITAMIN LIQUID ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ GUMMY TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS GUMMY TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ALLBEE/C TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
AMLADEX TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antioxidant capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>anti-oxidant tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
APPE-CURB CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
AQUA-E LIQUID 50.25 MG/ML (75 UT/ML) ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
AQUASOL A SOLUTION 50000 UNIT/ML INTRAMUSCULAR	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aqueous vitamin d liquid 10 mcg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ascorbic acid solution 500 mg/ml injection</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ascorbic acid tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex (folic acid) tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex vitamins capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex-c tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex-c-folic acid tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-1 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-1 tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 tablet 100 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 tablet 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 tablet 2000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 tablet 50 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 tablet 500 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 tablet extended release 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 tr tablet extended release 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 tr tablet extended release 2000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b6 natural tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-6 tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>b-6 tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>baby super daily d3 liquid 10 mcg /0.028ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>baby vitamin d3 liquid 10 mcg /0.028ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>balance b-50 tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bariatric multivitamins/iron capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex (folic acid) tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex balanced tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex/b-12 tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex/vitamin c tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex-c (w/folic acid) tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex-c tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>better b complex tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BIO-35 GLUTEN-FREE CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biocal capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BIO-D-MULSION FORTE LIQUID 50 MCG/0.04ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
BIO-D-MULSION LIQUID 10 MCG/0.04ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin capsule 1 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin capsule 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin capsule 5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin capsule 5000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin maximum strength capsule 5000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin tablet 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin tablet 5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>body/hair/skin/nails capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bp vit 3 capsule 1 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED MULTI-VITE LIQUID ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED PEDIA D-VITE LIQUID 10 MCG/ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE SOLUTION ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE SOLUTION 10 MG/ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c 1000 tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c 500 tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-1000 tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-1000 tablet extended release 1000 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-1000/rose hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-250 tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-500 tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>c-500 tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-500 tablet extended release 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-500/rose hips tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-chewable tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST KIDS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY ADULT TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM KIDS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM LIQUID ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CEROVITE JR TABLET CHEWABLE 18 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens animal shapes tablet chewable 18 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens chew multivitamin tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens chewable vitamins tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>classic prenatal tablet 28-0.8 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cod liver oil capsule 4000-200 unit oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cod liver oil w/vit a & d capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>complete multivitamin/mineral liquid oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CORVITA TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CULTURELLE KIDS COMPLETE TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs adult 50+ eye health capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CVS AIRSHIELD TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs b complex plus c tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs b-1 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs b-12 tablet 500 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs b6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs biotin capsule 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>cvx biotin capsule 5000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx biotin high potency tablet 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx chewable c with rose hips tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx chewable childrens vitamin tablet chewable 18 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx childrens complete tablet chewable 18 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx d3 capsule 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx d3 capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx d3 capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx d3 capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx daily gummies adult tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx daily gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx e capsule 90 mg (200 unit) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx eye health adult 50+ capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx folic acid tablet 800 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx gummy dinos tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx gummy multivitamin kids tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx mens daily gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite adult 50+ tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx super b complex/c tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vision health capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin b12 tablet 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin b-12 tablet 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin b12 tablet extended release 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin b-12 tablet extended release 2000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin c tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin c tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin c tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin c-rose hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin c-rose hips tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin d3 capsule 250 mcg (10000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx womens daily gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cyanocobalamin solution 1000 mcg/ml injection</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d 1000 capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d 10000 capsule 250 mcg (10000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d 5000 capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>d-1000 extra strength tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d2000 ultra strength capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 2000 capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 5000 capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 baby drops liquid 10 mcg /0.025ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 high potency capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 high potency capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 high potency capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 high potency tablet 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 maximum strength capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 super strength capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 tablet 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3-1000 capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3-1000 tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d-3-5 capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d-400 tablet 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d-5000 tablet 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily multiple vitamins tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily multivitamin capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily value multivitamin tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vitamins tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vite multivitamin/iron tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vite tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vites tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily-vite multivitamin tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily-vite tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DDROPS LIQUID 25 MCG /0.028ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DDROPS LIQUID 50 MCG /0.028ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DECARA CAPSULE 1.25 MG (50000 UT) ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DECARA CAPSULE 625 MCG (25000 UT) ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DECUBI-VITE CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dekas bariatric tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DEKAS PLUS CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DEKAS PLUS OCEAN CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DEKAS PLUS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>delta d3 tablet 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 3000 TABLET 3 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 5000 TABLET 5 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
DIALYVITE 800 TABLET 0.8 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 800/ZINC TABLET 0.8 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 800-ZINC 15 TABLET 0.8 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE SUPREME D TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE VITAMIN D 5000 CAPSULE 125 MCG (5000 UT) ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE/ZINC TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DRISDOL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT) ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DRY EYE FORMULA CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
D-VI-SOL LIQUID 10 MCG/ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d-vite pediatric liquid 10 mcg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>e 1000 capsule 450 mg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>e200 capsule 90 mg (200 unit) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>e-200 capsule 90 mg (200 unit) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ELDERTONIC LIQUID ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ELFOLATE PLUS TABLET 3-35-2 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
EMERGEN-C VITAMIN C TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ENDUR-ACIN TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ENDUR-C TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ENDUR-C TABLET EXTENDED RELEASE 500 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq complete multivitamin child tablet chewable 18 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq multivitamin gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 b complex 50 tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 b-6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 child multivit/minerals tablet chewable 18 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 super b complex/vitamin c tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 vitamin b-12 tablet 500 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 vitamin c tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 vitamin c tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 vitamin c/rose hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 vitamin c/rose hips tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 vitamin d3 capsule 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 vitamin d3 capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 vitamin d3 capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>eqi vitamin d3 capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eqi vitamin e capsule 400 unit oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ergocalciferol capsule 1.25 mg (50000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ergocalciferol solution 200 mcg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ESTER-C TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eye multivitamin capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eye multivitamin/lutein capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fabb tablet 2.2-25-1 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES COMPLETE TABLET CHEWABLE 18 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES COMPLETE TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES BONE BUILD TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES COMPLETE TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES-IMMUNITY TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES PLUS CALCIUM TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES SOUR GUMMIES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES W/IRON TABLET CHEWABLE 18 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES/MY FIRST TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FLORIVA PLUS SOLUTION 0.25 MG/ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folagent dha capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folamed dha capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folate tablet 400 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folbee plus tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folbee tablet 2.5-25-1 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folic acid solution 5 mg/ml injection</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folic acid tablet 1 mg oral (rx)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folic acid tablet 400 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folic acid tablet 800 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folite tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
FOLIXAPURE TABLET 1-5000 MG-UNIT ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folplex 2.2 tablet 2.2-25-0.5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLTABS 800 TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLTANX TABLET 3-35-2 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLTRATE TABLET 500-1 MCG-MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLTREXYL TABLET 1-5000 MG-UNIT ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fruit c 500 tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fruit c tablet chewable 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fruity c tablet chewable 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fruity chews tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>full spectrum b/vitamin c tablet 0.8 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>genadek step 1 capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>genadek step 2 capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GERBER GROW MIGHTY TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
GERBER LIL' BRAINIES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
GERITOL COMPLETE TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glucoten capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp biotin capsule 5000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp childrens chewables/ex c tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp d 1000 capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp essential one daily tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp folic acid tablet 400 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp little ones childrens tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp prenatal tablet 28-0.8 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin a capsule 3 mg (10000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin b-1 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin b-12 tablet 500 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin b-12 tablet extended release 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin b-6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c drops lozenge 60 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c tablet extended release 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c w/rose hips tablet 500-37 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gnp vitamin c/rose hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d maximum strength tablet 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d super strength tablet 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d3 extra strength tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d-400 tablet 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin e capsule 400 unit oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin e capsule 90 mg (200 unit) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/MIN TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hair skin nails capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hair/skin/nails capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy eyes supervision 2 capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy hair/skin/nails tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy kids gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>high potency multivitamin tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm biotin capsule 5000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm vitamin b-12 tablet 500 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm vitamin c tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HONEY BEARS W/IRON-ZINC TABLET CHEWABLE 30-200-3 ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydroxocobalamin acetate solution 1000 mcg/ml intramuscular</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN TABLET DELAYED RELEASE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>immune support tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
IMMUNERX CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
INFUVITE ADULT INJECTABLE INTRAVENOUS	\$0 (Nivel 3)	DP
INFUVITE PEDIATRIC SOLUTION INTRAVENOUS	\$0 (Nivel 3)	DP
IS-D 10,000 CAPSULE 250 MCG (10000 UT) ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>just 4 kidz multivitamin/probiotic tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kobee tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp b complex-c tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>kp folic acid tablet 800 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp niacin tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp prenatal multivitamins tablet 28-0.8 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin b-12 tablet 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin b-6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin d capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin d3 capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin d3 capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-methylfolate calcium tablet 15 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-methylfolate calcium tablet 7.5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-methyl-mc tablet 6-1-50-5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
LYSIPLEX PLUS LIQUID ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MACULAR HEALTH FORMULA CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MAXIMUM D3 CAPSULE 325 MCG (13000 UT) ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>meijer c tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens 50+ advanced capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens daily formulalycopene capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens multivitamin tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MERIBIN CAPSULE 5 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
METAFOLBIC PLUS TABLET 6-2-600 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MOOD FOOD ES CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi + omega-3 adult gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi adult gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for her 50+ capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for her capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi vitamin tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi vitamin w/d-3 tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vitamins essential tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vitamins tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vitamins/iron tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multipro capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vit/iron/fluoride solution 0.25-10 mg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin & mineral liquid oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adult tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin childrens (w/ fa) tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin childrens gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin childrens tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>multivitamin gummies adult tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin gummies mens tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin gummies womens tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin infant & toddler solution 11 mg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin infant & toddler solution oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin liquid oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride solution 0.25 mg/ml oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin/fluoride solution 0.25 mg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride solution 0.5 mg/ml oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin/fluoride solution 0.5 mg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride tablet chewable 0.25 mg oral (rx)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride tablet chewable 0.5 mg oral (rx)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride tablet chewable 1 mg oral (rx)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin/fluoride/iron solution 0.25-10 mg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin/iron tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamins plus iron child tablet chewable 18 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vite liquid oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivit-min gummies childrens tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION MINIS CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION SOLUTION ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
NASCOBAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML NASAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>natural c/rose hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>natural vitamin d-3 tablet 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHPLEX RX TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>nephro vitamins tablet 0.8 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHRO-VITE TABLET 0.8 MG ORAL (OTC)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin er capsule extended release 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin er tablet extended release 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacinamide tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NICOMIDE TABLET 750-27-2-0.5 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
NIVA-FOL TABLET 2.5-25-2 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>norwegian cod liver oil capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE ADULT 50+ CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE ADULT FORMULA CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE EYE HEALTH GUMMIES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>omnicap tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE DAILY ESSENTIAL TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily multivitamin adult tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily multivitamin/liron tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY ESSENTIAL TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY FOR HER VITACRAVES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY FOR HIM VITACRAVES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY JOLLY RANCHER TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS VITACRAVES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES+OMEGA-3 TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi caps capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi vitamins tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin/iron tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily/iron tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTIFAST POST BARIATRIC TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTIMAL D3 M CAPSULE 350 MCG (14000 UT) ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
OPURITY BYPASS OPTIMIZED TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pan-c 500/bioflavonoids tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pc pediatric poly-vitalfe drop solution 10 mg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pc pediatric poly-vitamin drop solution oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PERIDIN-C TABLET 200-50-150 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pharmacist choice d-vitamin liquid 400 unit/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phytonadione solution 1 mg/0.5ml injection</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phytonadione solution 10 mg/ml injection</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phytonadione tablet 5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>plain niacin tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>plain niacin tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
POLY-VI-SOL SOLUTION ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
POLY-VI-SOL/IRON SOLUTION 11 MG/ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-vita solution oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-vitaliron solution 10 mg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-vite pediatric solution oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-viteliron solution 11 mg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal 19 tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal one daily tablet 27-0.8 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal tablet 27-0.8 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal tablet 28-0.8 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal tablet 6.75-0.2 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal vitamin and mineral tablet 28-0.8 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal vitamins tablet 28-0.8 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatalliron tablet 28-0.8 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PRESERVISION AREDS 2 CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION AREDS 2 TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION AREDS CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION/LUTEIN CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PRORENAL + D W/ OMEGA-3 CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PROTECT CARDIO AF CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PROTECT PLUS SO CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PROTEGRA CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PUREWAY-C TABLET 500 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px b complex/vitamin c tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PX CHILDRENS VITAMIN TABLET CHEWABLE 18 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px folic acid tablet 400 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px vitamin c tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>px vitamin e capsule 400 unit oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pyridoxine hcl solution 100 mg/ml injection</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pyridoxine hcl tablet 25 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pyridoxine hcl tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc childrens complete tablet chewable 18 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc childrens vitamins/extra c tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc daily multivitamins/iron tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA FE PEDIATRIC LIQUID 0.25-9.5 MG/ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA FE TABLET CHEWABLE 0.25 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA GUMMIES TABLET CHEWABLE 0.125 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC SOLUTION 0.25 MG/ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC SOLUTION 0.5 MG/ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC TABLET CHEWABLE 0.25 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC TABLET CHEWABLE 0.5 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC TABLET CHEWABLE 1 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>quintabs tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra balanced b-100 tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra balanced b-50 tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra b-complex tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ra b-complex with b-12 tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra biotin capsule 2500 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra folic acid tablet 400 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra folic acid tablet 800 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra niacin tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra no flush niacin tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin a capsule 3 mg (10000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-1 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-12 tablet 100 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b12 tablet extended release 2000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-12 tr tablet extended release 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-6 tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c cr tablet extended release 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c/rose hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c/rose hips tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin d-3 capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin d-3 capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin d-3 tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamins complete childrens tablet chewable 18 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RADIANCE PLATINUM VITAMIN D3 TABLET 125 MCG (5000 UT) ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
RENAL CAPSULE 1 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>renal vitamin tablet 0.8 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>rena-vite tablet oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb vitamin c tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm animal shapes complete tablet chewable 18 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm animal shapes kids first tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm b super vitamin complex tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm b100 complex tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm balanced b-50 tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm b-complex tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm b-complex/vitamin c tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm biotin capsule 5000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm chewable vitamin c tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm folic acid tablet 400 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm multiple vitamins essential tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm multiple vitamins/iron tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm niacin cr tablet extended release 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm super b complex/c tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vit c/rose hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b complex/vitamin c tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b1 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b-12 tablet 500 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b12 tr tablet extended release 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b12 tr tablet extended release 2000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b-6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c cr tablet extended release 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c/rose hips tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d tablet 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d3 capsule 100 mcg (4000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d3 capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d3 capsule 50 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d3 tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin e capsule 90 mg (200 unit) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>span c tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stress formula (folic acid) tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stress formula tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stress formula/iron tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
STRESSTABS ENERGY TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
STROVITE ONE TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super antioxidant capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b complex/fal/vit c tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>super b complex/vitamin c tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b-complex + vitamin c tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b-complex/vit c/fa tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super biotin capsule 5000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super daily d3 liquid 25 mcg /0.028ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super daily d3 liquid 50 mcg /0.028ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SUPER QUINTS B-50 TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sv vitamin b-12 er tablet extended release 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
TAB-A-VITE TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tab-a-vite/iron tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
THERA TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
THERA-D 2000 TABLET 50 MCG (2000 UT) ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
THERA-D 4000 TABLET 100 MCG (4000 UT) ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
THERA-D RAPID REPLETION TABLET 50 MCG (2000 UT) ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
THERAMILL FORTE CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thera-tabs tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
THEREMS TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thiamine hcl solution 100 mg/ml injection</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thiamine hcl tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thiamine mononitrate tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>triphrocaps capsule 1 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tri-vite/fluoride solution 0.25 mg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tri-vite/fluoride solution 0.5 mg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tropical liquid nutrition liquid oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
UDAMIN SP TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS TABLET CHEWABLE 18 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
UPSPRING BABY VIT D LIQUID 10 MCG /0.025ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>v-c forte capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VENEXA FE TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
VENEXA TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VIC-FORTE CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>virt-caps capsule 1 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VIRT-GARD TABLET 2.2-25-1 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vision health capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA CAPSULE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vit e-vit c-beta carotene tablet 200-250-5000 oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vita c/bioflavonoids/rose hips tablet 1000-30-18 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitabex plus capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitachew adult multi vitamin tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitachew multiple vitamin tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitachew vit c citrus burst tablet chewable 125 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAJoy DAILY C GUMMIES TABLET CHEWABLE 125 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAL-D RX TABLET 1 MG ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitalee tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITALETS CHILDRENS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin a capsule 3 mg (10000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b + c complex tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b 12 tablet 500 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b complex tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b1 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-1 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-1 tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-1 tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-12 er tablet extended release 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-12 er tablet extended release 2000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b12 tablet 100 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-12 tablet 100 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-12 tablet 1000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-12 tablet 250 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-12 tablet 500 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-12 tablet dispersible 5000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b12 tr tablet extended release 2000 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>vitamin b-6 tablet 25 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b6 tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b6 tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-6 tablet 50 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c drops lozenge 60 mg mouth/throat</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c er capsule extended release 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c er tablet extended release 1500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c er tablet extended release 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c plus wild rose hips tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c tablet chewable 250 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c/rose hips tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c/rose hips tr tablet extended release 1000 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips er tablet extended release 1000 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips er tablet extended release 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips tr tablet extended release 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) capsule 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) tablet 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d (ergocalciferol) capsule 1.25 mg (50000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d (ergocalciferol) capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d high potency capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>vitamin d infant liquid 10 mcg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d liquid 10 mcg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d tablet 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAMIN D-1000 MAX ST TABLET 25 MCG (1000 UT) ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 capsule 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d-3 capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 capsule 250 mcg (10000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH LIQUID 25 MCG/10ML ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 liquid 10 mcg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 liquid 125 mcg/0.5ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 liquid 125 mcg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 liquid 25 mcg/spray oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 liquid 30 mcg/15ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 maximum strength capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 tablet 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 tablet 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 tablet 25 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 tablet 250 mcg (10000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 tablet 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 tablet 75 mcg (3000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e blend capsule 400 unit oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e capsule 1000 unit oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e capsule 400 unit oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e capsule 90 mg (200 unit) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e water soluble capsule 450 mg (1000 ut) oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin k1 solution 1 mg/0.5ml injection</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin k1 solution 10 mg/ml injection</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin-b complex tablet oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamins acd-fluoride solution 0.25 mg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamins for hair capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>vitatrum tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRANOL FE TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRANOL TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
VITREXATE FE TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
VITREXATE TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
VITREXYL + IRON TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
VITREXYL TABLET ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vp-vite rx tablet 1 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>westab one tablet 2.5-25-1 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>womens 50+ advanced capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>womens multi capsule oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>womens multi gummies tablet chewable oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>yl folic acid tablet 400 mcg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>yl vitamin b-6 tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>yl vitamin c tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>yl vitamin c-rose hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>yl vitamin c-rose hips tablet 500 mg oral</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
YOUR LIFE MULTI ADULT GUMMIES TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ZOO FRIENDS/EXTRA C TABLET CHEWABLE ORAL	\$0 (Nivel 3)	DP

TÓPICOS

Agentes Para Boca/Garganta/Dentales

<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 pastillas cada 30 días)
KOURZEQ MOUTH/THROAT PASTE 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
ORASEP SOLUTION 2-0.5-0.1 % MOUTH/THROAT	\$0 (Nivel 3)	DP
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0 (Nivel 1)	
PERIOMED CONCENTRATE 0.63 % MOUTH/THROAT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetanide mouth/throat paste 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	

Dermatología, Acné

ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>adapalene gel 0.1 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
BENZEPRO FOAM 5.3 % EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (46,6 g cada 30 días)
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %, 1 % (twice daily)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (75 g cada 30 días)
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
DIFFERIN GEL 0.1 % EXTERNAL (OTC)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ery external pad 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 compresas cada 30 días)
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118 ml cada 30 días)
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (45 g cada 30 días)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (45 g cada 30 días)
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
Dermatología, Agentes Para El Cuidado De Heridas		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 g cada 30 días); NDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0 (Nivel 2)	QL (180 g cada 30 días)
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sterile water for irrigation irrigation solution</i>	\$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Anestésicos Locales		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 ml cada 30 días)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (50 g cada 30 días)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (3 parches cada 1 día)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (50 ml cada 30 días)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D; QL (30 g cada 30 días)
LIDOCAN EXTERNAL PATCH 5 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (3 parches cada 1 día)
Dermatología, Antibióticos		
<i>bacitracin ointment 500 unit/gm external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bacitracin zinc-aloe ointment 500 unit/gm external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gnp bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp triple antibiotic ointment external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp triple antibiotic plus ointment 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense first aid antibiotic ointment external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm triple antibiotic max st ointment 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (220 g cada 30 días)
<i>qc triple antibiotic max st ointment 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sm antibiotic ointment 500 unit/gm external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm triple antibiotic max st ointment 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	\$0 (Nivel 2)	QL (453,6 g cada 30 días)
<i>triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>triple antibiotic ointment external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>triple antibiotic plus ointment 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>triple antibiotic+pain relief ointment 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Dermatología, Anticuerpos		
<i>antifungal (clotrimazole) cream 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antifungal (tolnaftate) cream 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antifungal clotrimazole cream 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>anti-fungal cream 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antifungal powder 2 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>athletes foot (clotrimazole) cream 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>athletes foot (terbinafine) cream 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>athletes foot powder spray aerosol powder 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>baza antifungal cream 2 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>butenafine hcl cream 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>castellani paint modified liquid 1.5 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 g cada 30 días)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<i>clotrimazole anti-fungal cream 1 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>clotrimazole solution 1 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
DESENEX POWDER 2 % EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
FUNGOID TINCTURE SOLUTION 2 % EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp athletes foot cream 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp terbinafine hydrochloride cream 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tolnaftate cream 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
KLAYESTA EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>miconazole nitrate cream 2 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>qc antifungal (tolnaftate) cream 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc tolnaftate cream 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antifungal clotrimazole cream 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antifungal miconazole cream 2 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antifungal tolnaftate cream 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm athletes foot cream 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>terbinafine hcl cream 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tolnaftate cream 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tolnaftate powder 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TRIPLE PASTE AF OINTMENT 2 % EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
ZEASORB-AF POWDER 2 % EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
Dermatología, Antipsoriáticos		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 g cada 30 días)
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 g cada 30 días)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 ml cada 30 días)
CALCITRENE EXTERNAL OINTMENT 0.005 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 g cada 30 días)
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 g cada 30 días)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días)
Dermatología, Antiseborreicos		
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (454 g cada 30 días)
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>cvs lice treatment liquid 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq lice killing max st shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp lice treatment liquid 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp lice treatment shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lice killing maximum strength shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lice killing shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lice killing shampoo 4-0.33 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lice treatment creme rinse liquid 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (59 ml cada 30 días)
<i>permethrin external cream 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
RID LICE KILLING SHAMPOO SHAMPOO 0.33-4 % EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb lice killing max st shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lice killing max strength shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lice treatment liquid 1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Dermatología, Varios Para La Piel Y Membranas Mucosas		
<i>ammonium lactate cream 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>anti-itch cream 2-0.1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antiseptic skin cleanser solution 4 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
AQUA GLYCOLIC FACE CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>arthritis pain relieving cream 0.075 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BANOPHEN CREAM 2-0.1 % EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
BASLE CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>benzoin tincture external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>beta care cream external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BETA XMA CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días); NDS
<i>calamine phenolated lotion external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calamine-zinc oxide lotion 8-8 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CALMOSEPTINE OINTMENT 0.44-20.6 % EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>capsaicin cream 0.025 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>capsaicin cream 0.1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>capsaicin pain relief cream 0.1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CERAVE MOISTURIZING CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CERAVE SA ROUGH & BUMPY SKIN CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CETAPHIL MOISTURIZING CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
CLORPACTIN POWDER 2 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coconut oil beauty cream external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMABASE CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DIABETIDERM CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DIABETIDERM FOOT REJUVENATING CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1000 g cada 30 días)
<i>diphenhydramine-zinc acetate cream 2-0.1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DML FORTE CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
DYNA-HEX 4 SOLUTION 4 % EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
EMOLLIA-CREME CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq therapeutic moisturizing cream external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN ADVANCED REPAIR HAND CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN CALMING DAILY MOIST CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN PLUS CREAM 2.5-10 % EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN SKIN CALMING CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>first aid antiseptic ointment 10 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (40 g cada 30 días)
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10 ml cada 30 días)
<i>gnp anti-itch cream 2-0.1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp antiseptic skin cleanser solution 4 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
GOLD BOND ULTIMATE HEALING CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm antiseptic skin cleanser solution 4 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm lidocaine patch patch 4 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HYDRASYN25 CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (24 paquetes cada 30 días)
<i>itch relief extra strength cream 2-0.1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
KERADAN CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
KERR TRIPLE DYE SWABS SWAB EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
LAC-HYDRIN FIVE LOTION 5 % EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>leader finger cream cream external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lidocaine pain relief patch 4 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lidocaine pain relieving patch 4 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (59 ml cada 30 días)
<i>moisturizing cream cream external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEUTROGENA HAND CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
NUTRADERM CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días); NDS
PEN-KERA CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PENTRAVAN CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PENTRAVAN PLUS CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (7 ml cada 28 días)
<i>povidone-iodine solution 10 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PRETTY FEET/HANDS CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>qc calamine lotion external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc povidone iodine solution 10 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	\$0 (Nivel 2)	QL (30 g cada 30 días)
RISABAL-PH CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm anti-itch extra strength cream 2-0.1 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antiseptic skin cleanser solution 4 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calamine lotion external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm calamine phenolated lotion external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm povidone-iodine solution 10 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SORBOLENE CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (100 g cada 30 días)
<i>therapeutic moisturizing cream external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 g cada 30 días); NDS
VANICREAM CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
VELVACHOL CREAM EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
XERAC AC SOLUTION 6.25 % EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc oxide ointment 20 % external</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF CREAM 0.033 % EXTERNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
Óticos		
<i>ear drops solution 6.5 % otic</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp earwax removal drops solution 6.5 % otic</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp earwax removal kit solution 6.5 % otic</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm ear drops solution 6.5 % otic</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

12 hour decongestant.....	100	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		allergy relief d.....	100
12 hour nasal decongestant.....	100	LARGE.....	97	allergy relief d-12.....	100
12 hour nasal spray.....	100	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		allergy relief d-24.....	100
1st base.....	56	MEDIUM.....	97	allergy relief/nasal decongest.....	100
24hr allergy relief.....	93	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		allergy/congestion relief.....	100
3 day vaginal.....	82	SMALL.....	97	allopurinol.....	38
50+ adult eye health.....	132	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		ALMACONE DOUBLE STRENGTH	74
600+d3.....	125	W/MASK.....	97	alosetron hcl.....	77
8 hr arthritis pain relief.....	35	AEROCHAMBER PLUS FLOW VU.....	97	alprazolam.....	112
a thru z select.....	132	AEROCHAMBER		ALREX.....	90
a-10000.....	132	W/FLOWSIGNAL.....	97	ALTAVERA.....	59
a-25.....	132	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS.....	97	aluminum hydroxide gel.....	74
abacavir sulfate.....	38	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS		ALUNBRIG.....	15
abacavir sulfate-lamivudine.....	40	CHAMBR.....	97	ALVAIZ.....	84
ABELCET.....	41	AEROCHAMBER Z-STAT		ALVESCO.....	99, 100
ABILIFY MAINTENA.....	114	PLUS/LARGE.....	97	alyacen 1/35.....	59
abiraterone acetate.....	14	AEROCHAMBER Z-STAT		alyacen 7/7/7.....	59
ABRYSVO.....	29	PLUS/MEDIUM.....	97	amantadine hcl.....	110
acamprosate calcium.....	120	AEROCHAMBER Z-STAT		ambrisentan.....	55
acarbose.....	67	PLUS/SMALL.....	97	AMETHIA.....	59
ACCUTANE.....	153	AEROVENT PLUS.....	97	amikacin sulfate.....	41
acebutolol hcl.....	51	AFIRMELLE.....	59	amiloride hcl.....	54
acerola c-500.....	132	AIMOVIG.....	118	amiloride-hydrochlorothiazide.....	54
acetaminophen.....	35	aimsco lubricated.....	59	amiodarone hcl.....	50
acetaminophen childrens.....	35	AIRBORNE.....	132	amitriptyline hcl.....	112
acetaminophen er.....	35	AIRBORNE GUMMIES.....	132	AMLADEX.....	133
acetaminophen extra strength.....	35	AIRBORNE KIDS.....	132	amlodipine besy-benazepril hcl.....	54
acetaminophen infants.....	35	AIRBORNE+GOOD REST.....	132	amlodipine besylate.....	52
acetaminophen-codeine.....	34	AIRBORNE+NATURAL ENERGY.....	132	amlodipine besylate-valsartan.....	53
acetazolamide.....	54	AIRBORNE+PROBIOTIC.....	133	amlodipine-olmesartan.....	53
acetazolamide er.....	54	AKEEGA.....	14	ammonium lactate.....	158
acetic acid.....	83, 92	ala-cort.....	157	AMNESTEEM.....	154
acetylcysteine.....	97	albendazole.....	41	amoxapine.....	112
acitretin.....	156	albuterol sulfate.....	95, 96	amoxicillin.....	48
ACTHIB.....	29	albuterol sulfate hfa.....	95	amoxicillin-pot clavulanate.....	48
ACTIMMUNE.....	28	alclometasone dipropionate.....	157	amoxicillin-pot clavulanate er.....	48
active fe.....	85	ALCON TEARS.....	91	amphetamine-dextroamphet er.....	117
ACTIVNUTRIENTS.....	132	ALDURAZyme.....	69	amphetamine-dextroamphetamine.....	117
acyclovir.....	44	ALECENSA.....	15	amphotericin b.....	41
acyclovir sodium.....	44	alendronate sodium.....	73	amphotericin b liposome.....	41
ADACEL.....	29	alfuzosin hcl er.....	83	ampicillin.....	48
adalimumab-aacf (2 pen).....	25	aliskiren fumarate.....	54	ampicillin sodium.....	48
adapalene.....	153	ALIVE HAIR, SKIN & NAILS.....	133	ampicillin-sulbactam sodium.....	48
adcl/f (0.5mg/ml).....	132	ALIVE MULTI-VITAMIN.....	133	anagrelide hcl.....	84
adefovir dipivoxil.....	44	ALIVE WOMENS 50+.....	133	anastrozole.....	14
ADEK GUMMIES PLUS ZN.....	132	ALIVE WOMENS 50+ GUMMY.....	133	ANORO ELLIPTA.....	96
ADEMPAS.....	55	ALIVE WOMENS GUMMY.....	133	antacid.....	74
ADIPEX-P.....	72	all day allergy.....	93	antacid calcium.....	74
ADMELOG.....	65	all day allergy childrens.....	93	antacid maximum strength.....	74
ADMELOG SOLOSTAR.....	65	all day allergy d.....	100	antacid regular strength.....	74
adult aspirin regimen.....	35	ALLBEE/C.....	133	antacid/antigas.....	74
adult one daily gummies.....	132	all-day allergy childrens.....	93	anti-diarrheal.....	75
ADVAIR HFA.....	96	aller-chlor.....	93	antifungal.....	155
ADVANCED MULTI EA.....	132	allergy.....	93	anti-fungal.....	155
ADVANTAGE CARE		allergy 24-hr.....	93	antifungal (clotrimazole).....	155
ELECTROLYTE PED.....	125	allergy childrens.....	93	antifungal (tolnaftate).....	155
AEROCHAMBER MINI CHAMBER.....	97	allergy rel child (loratadine).....	93	antifungal clotrimazole.....	155
AEROCHAMBER MV.....	97	allergy relief.....	93	anti-itch.....	158
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU.....	97	allergy relief childrens.....	93	antioxidant.....	133

<i>anti-oxidant</i>	133	AUSTEDO XR PATIENT		<i>benztropine mesylate</i>	110
<i>antiseptic skin cleanser</i>	158	TITRATION.....	118	BERINERT.....	84
APPE-CURB.....	133	AUVELITY.....	112	BESIVANCE.....	89
<i>aprepitant</i>	76	AVIANE.....	59	BESREMI.....	24
APRI.....	59	AYUNA.....	59	<i>beta care</i>	159
APTIOM.....	107	AYVAKIT.....	16	BETA XMA.....	159
APTIVUS.....	38	<i>az cream</i>	56	<i>betaine</i>	69
AQUA GLYCOLIC FACE.....	158	<i>azacitidine</i>	23	<i>betamethasone dipropionate</i>	157
AQUA-E.....	133	<i>azathioprine</i>	29	<i>betamethasone dipropionate aug</i> ..	157
<i>aquanaz</i>	100	<i>azelastine hcl</i>	88, 93	<i>betamethasone valerate</i>	157
AQUASOL A.....	133	<i>azithromycin</i>	47	BETASERON.....	111
<i>aqueous vitamin d</i>	133	<i>aztreonam</i>	41	<i>betaxolol hcl</i>	51, 88
ARALAST NP.....	97	AZURETTE.....	59	<i>bethanechol chloride</i>	83
ARANELLE.....	59	<i>b complex</i>	133	BETOPTIC-S.....	88
ARBEM H-COSMETIC.....	56	<i>b complex (folic acid)</i>	133	<i>better b complex</i>	134
ARBEM LIOPEN.....	56	<i>b complex vitamins</i>	133	BEVESPI AEROSPHERE.....	96
ARCALYST.....	28	<i>b complex-c</i>	133	<i>bexarotene</i>	24, 159
AREXVY.....	29	<i>b complex-c-folic acid</i>	133	BEXSERO.....	30
<i>aripiprazole</i>	114	<i>b-1</i>	133	<i>bicalutamide</i>	14
ARISTADA.....	114	<i>b-12</i>	133	BICILLIN L-A.....	48
ARISTADA INITIO.....	114	<i>b-12 tr</i>	133	BIKTARVY.....	40
<i>armodafinil</i>	119	<i>b-6</i>	133, 134	BINAXNOW COVID-19 AG HOME	
ARNUITY ELLIPTA.....	100	<i>b6 natural</i>	133	TEST.....	42
<i>arthritis pain relief</i>	35	<i>baby super daily d3</i>	134	BIO-35 GLUTEN-FREE.....	134
<i>arthritis pain reliever</i>	35	<i>baby vitamin d3</i>	134	<i>biocal</i>	134
<i>arthritis pain relieving</i>	158	<i>bacitracin</i>	89, 154	BIO-D-MULSION.....	134
<i>ascorbic acid</i>	133	<i>bacitracin zinc</i>	154	BIO-D-MULSION FORTE.....	134
<i>asenapine maleate</i>	114	<i>bacitracin zinc-aloe</i>	154	BIOLYTE.....	125
ASHLYNA.....	59	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	89	<i>biotin</i>	134
<i>aspirin</i>	35	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	89	<i>biotin maximum strength</i>	134
<i>aspirin 81</i>	35	<i>baclofen</i>	111	<i>bisacodyl</i>	78
<i>aspirin adult low dose</i>	35	BAFIERTAM.....	111	<i>bisacodyl ec</i>	78
<i>aspirin adult low strength</i>	35	<i>balance b-50</i>	134	<i>bismatrol</i>	75
<i>aspirin ec low strength</i>	35	<i>balsalazide disodium</i>	77	<i>bisoprolol fumarate</i>	51
<i>aspirin low dose</i>	35	BALVERSA.....	16	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	53
<i>aspirin regimen</i>	35	BALZIVA.....	59	BIVIGAM.....	28
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	88	BANOPHEN.....	93, 158	BLISOVI 24 FE.....	60
ASSURE ID INSULIN SAFETY		BARACLUDE.....	44	BLISOVI FE 1.5/30.....	60
SYR.....	65	<i>bariatric multivitamins/iron</i>	134	<i>body/hair/skin/nails</i>	134
ASTAGRAF XL.....	28, 29	BASAGLAR KWIKPEN.....	65	BOOSTRIX.....	30
<i>atazanavir sulfate</i>	38	BASE PCCA CLARIFYING.....	56	<i>bortezomib</i>	16
<i>atenolol</i>	51	BASLE.....	158	<i>bosentan</i>	55
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	53	<i>baza antifungal</i>	155	BOSULIF.....	16
<i>athletes foot (clotrimazole)</i>	155	<i>bcg vaccine</i>	29	<i>bp vit 3</i>	134
<i>athletes foot (terbinafine)</i>	155	<i>b-complex (folic acid)</i>	134	BPROTECTED MULTI-VITE.....	134
<i>athletes foot powder spray</i>	155	<i>b-complex balanced</i>	134	BPROTECTED PEDIA D-VITE.....	134
<i>atomoxetine hcl</i>	117	<i>b-complex/b-12</i>	134	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE	
<i>atorvastatin calcium</i>	50	<i>b-complex/vitamin c</i>	134		134
<i>atovaquone</i>	41	<i>b-complex-c</i>	134	BPROTECTED PEDIA POLY-	
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	44	<i>b-complex-c (w/folic acid)</i>	134	VITE/FE.....	134
<i>atropine sulfate</i>	91	<i>benazepril hcl</i>	55	BRAFTOVI.....	16
ATROVENT HFA.....	93	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	54	BREO ELLIPTA.....	96
AUBRA EQ.....	59	BENDEKA.....	14	BREZTRI AEROSPHERE.....	96
AUGTYRO.....	16	BENLYSTA.....	29	<i>briellyn</i>	60
AUROVELA 1/20.....	59	BENZEDREX.....	100	BRILINTA.....	88
AUROVELA 24 FE.....	59	BENZEPRO.....	154	<i>brimonidine tartrate</i>	88
AUROVELA FE 1.5/30.....	59	<i>benzoin</i>	159	<i>brinzolamide</i>	89
AUROVELA FE 1/20.....	59	<i>benzonatate</i>	100	BRIVIACT.....	107, 119
AUSTEDO.....	118	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	154	<i>bromfenac sodium</i>	90
AUSTEDO XR.....	118	<i>benzphetamine hcl</i>	72	<i>bromocriptine mesylate</i>	110

BROMSITE.....	90	calcium carbonate antacid.....	74	cefazolin sodium.....	45, 46
BRONCHITOL.....	97	calcium citrate.....	127	cefazolin sodium-dextrose.....	46
BRUKINSA.....	16	calcium citrate + d.....	127	cefdinir.....	46
budesonide.....	78, 100	calcium citrate + d3.....	127	cefepime hcl.....	46
budesonide er.....	77	calcium citrate + d3 maximum.....	127	cefixime.....	46
bumetanide.....	54	calcium citrate+d3.....	127	cefoxitin sodium.....	46
buprenorphine.....	33	calcium citrate+d3 petites.....	127	cefpodoxime proxetil.....	46
buprenorphine hcl.....	120	calcium citrate-vitamin d.....	127	cefprozil.....	46
buprenorphine hcl-naloxone hcl.....	120	calcium citrate-vitamin d3.....	127	ceftazidime.....	46
bupropion hcl.....	113	calcium creamies.....	127	ceftriaxone sodium.....	46
bupropion hcl er (smoking det).....	120	calcium gluconate.....	127	cefuroxime axetil.....	46
bupropion hcl er (sr).....	113	calcium high potency.....	127	cefuroxime sodium.....	46
bupropion hcl er (xl).....	113	calcium high potency/vitamin d.....	127	celecoxib.....	32
buspirone hcl.....	112	calcium lactate.....	127	CENTRUM.....	135
butenafine hcl.....	155	calcium oyster shell.....	127	CENTRUM FLAVOR BURST	
butorphanol tartrate.....	34	calcium plus vitamin d.....	127	ADULT.....	135
BYDUREON BCISE.....	67	calcium plus vitamin d3.....	127	CENTRUM FLAVOR BURST KIDS	
BYETTA 10 MCG PEN.....	67	calcium+d3.....	127		135
BYETTA 5 MCG PEN.....	67	calcium-magnesium-zinc.....	127	CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ...	135
c 1000.....	134	calcium-magnesium-zinc-d3.....	127	CENTRUM FRESH/FRUITY	
c 500.....	134	calcium-vitamin d3.....	127	ADULT.....	135
c-1000.....	134	CAL-GEST ANTACID.....	74	CENTRUM KIDS.....	135
c-1000/rose hips.....	134	cal-mint.....	127	CENTRUM SILVER.....	135
c-250.....	134	CALMOSEPTINE.....	159	cephalexin.....	46
c-500.....	134, 135	CALQUENCE.....	16	CERALYTE 70.....	125
c-500/rose hips.....	135	CALTRATE 600+D3 SOFT.....	128	CERASPORT.....	125
cabergoline.....	69	CALTRATE MINIS PLUS		CERASPORT EX1.....	125
CABOMETYX.....	16	MINERALS.....	128	CERAVE MOISTURIZING.....	159
calamine phenolated.....	159	CAMILA.....	60	CERAVE SA ROUGH & BUMPY	
calamine-zinc oxide.....	159	CAMRESE.....	60	SKIN.....	159
calcipotriene.....	156	CAMRESE LO.....	60	CERDELGA.....	69
calcitonin (salmon).....	73	candesartan cilexetil.....	49	CEREZYME.....	69
cal-citrate plus vitamin d.....	125	candesartan cilexetil-hctz.....	53	CEROVITE JR.....	135
CALCITRENE.....	156	capcof.....	100	CETAPHIL MOISTURIZING.....	159
calcitriol.....	59	CAPLYTA.....	114	CETAPHIL THERAPEUTIC HAND	159
calcium.....	127	CAPRELSA.....	16	cetirizine hcl.....	93, 94
calcium + vitamin d3.....	125, 126	capsaicin.....	159	cetirizine hcl allergy child.....	93
calcium 1000 + d.....	126	capsaicin pain relief.....	159	cetirizine hcl childrens.....	93
calcium 1200.....	126	captopril.....	55	cetirizine hcl childrens alrgy.....	93
calcium 500 + d.....	126	captopril-hydrochlorothiazide.....	54	cetirizine-pseudoephedrine er.....	100
calcium 500 + d3.....	126	carbamazepine.....	107	cevimeline hcl.....	153
calcium 500/d.....	126	carbamazepine er.....	107	charcoal.....	69
calcium 500/vitamin d.....	126	carbidopa-levodopa.....	110	CHATEAL EQ.....	60
calcium 500+d.....	126	carbidopa-levodopa er.....	110	chelated magnesium.....	128
calcium 500+d high potency.....	126	carbidopa-levodopa-entacapone...	110	CHEMET.....	58
calcium 500+d3.....	126	carboplatin.....	14	chest congestion relief.....	101
calcium 600.....	126	CARESTART COVID-19 HOME		chest congestion relief dm.....	100
calcium 600 + d.....	126	TEST.....	42	childrens animal shapes.....	135
calcium 600 high potency.....	126	carglumic acid.....	69	childrens chew multivitamin.....	135
calcium 600/vitamin d.....	126	carisoprodol.....	111	childrens chewable vitamins.....	135
calcium 600/vitamin d3.....	126	carteolol hcl.....	89	childrens gummies.....	135
calcium 600+d.....	126	CARTIA XT.....	52	childrens ibuprofen.....	32
calcium 600+d high potency.....	126	carvedilol.....	51	childrens loratadine.....	94
calcium 600+d3.....	126	caspofungin acetate.....	41	childrens mucus relief cough.....	101
calcium 600+d3 plus minerals.....	126	castellani paint modified.....	155	childrens silapap.....	35
calcium acetate.....	57	CAYSTON.....	42	chlorhexidine gluconate.....	153
calcium acetate (phos binder).....	57	c-chewable.....	135	chloroquine phosphate.....	44
calcium antacid.....	74	cefaclor.....	45	chlorpromazine hcl.....	114, 115
calcium carb-cholecalciferol.....	126	cefaclor er.....	45	chlorthalidone.....	54
calcium carbonate.....	126, 127	cefadroxil.....	45	cholestyramine.....	51

<i>cholestyramine light</i>	51	<i>cod liver oil</i>	135	CVS AIRSHIELD IMMUNITY	
CHROMAGEN.....	85	<i>cod liver oil w/vit a & d</i>	135	SUPPORT.....	135
<i>chromic chloride</i>	131	<i>coditussin ac</i>	101	<i>cvs b complex plus c</i>	135
<i>ciclopirox olamine</i>	155	<i>coditussin dac</i>	101	<i>cvs b-1</i>	135
<i>cilostazol</i>	84	<i>coenzyme q10</i>	122	<i>cvs b-12</i>	135
CILOXAN.....	90	<i>coenzyme q-10</i>	122	<i>cvs b6</i>	135
CIMDUO.....	40	<i>co-enzyme q10</i>	122	<i>cvs biotin</i>	135, 136
<i>cinacalcet hcl</i>	69	COLACE CLEAR.....	78	<i>cvs biotin high potency</i>	136
CIPRO.....	47	<i>colchicine</i>	38	<i>cvs calcium + d3</i>	128
<i>ciprofloxacin hcl</i>	47, 90	<i>colchicine-probenecid</i>	38	<i>cvs calcium 600 & vitamin d3</i>	128
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	47	<i>colesevelam hcl</i>	51	<i>cvs calcium 600 + d/minerals</i>	128
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	92	<i>colestipol hcl</i>	51	<i>cvs calcium 600+d</i>	128
<i>cisplatin</i>	14	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	42	<i>cvs calcium carbonate</i>	128
<i>citalopram hydrobromide</i>	113	COMBIGAN.....	89	<i>cvs calcium citrate+d3 petites</i>	128
CITRACAL MAXIMUM.....	128	COMBIVENT RESPIMAT.....	96	<i>cvs chewable c with rose hips</i>	136
CITRACAL PETITES/VITAMIN D..	128	COMETRIQ (100 MG DAILY		<i>cvs chewable childrens vitamin</i>	136
<i>citrus calcium/vitamin d</i>	128	DOSE).....	16	<i>cvs childrens complete</i>	136
CLARAVIS.....	154	COMETRIQ (140 MG DAILY		<i>cvs coenzyme q-10</i>	122
<i>clarithromycin</i>	47	DOSE).....	16	<i>cvs coq-10</i>	122
<i>clarithromycin er</i>	47	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	16	<i>cvs cough dm</i>	101
<i>classic prenatal</i>	135	COMFORT ASSIST INSULIN		<i>cvs covid-19 at home test kit</i>	42
CLEARLAX.....	78	SYRINGE.....	65	<i>cvs d3</i>	136
CLEVER CHOICE HOLDING		COMPACT SPACE CHAMBER.....	97	<i>cvs daily gummies</i>	136
CHAMBER.....	97	COMPACT SPACE CHAMBER/LG		<i>cvs daily gummies adult</i>	136
<i>clindamycin hcl</i>	42	MASK.....	97	<i>cvs e</i>	136
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	42	COMPACT SPACE		<i>cvs electrolyte solution</i>	125
<i>clindamycin phosphate</i>	42, 82, 154	CHAMBER/MED MASK.....	97	<i>cvs eye health adult 50+</i>	136
<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	42	COMPACT SPACE CHAMBER/SM		<i>cvs folic acid</i>	136
<i>clindamycin phosphate in nacl</i>	42	MASK.....	97	<i>cvs gauze sterile</i>	65
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)...	131	COMPLERA.....	40	<i>cvs glucose</i>	58
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	131	<i>complete allergy medicine</i>	94	<i>cvs gummy dinos</i>	136
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	131	<i>complete multivitamin/mineral</i>	135	<i>cvs gummy multivitamin kids</i>	136
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	132	COMPRO.....	76	<i>cvs iron</i>	85
<i>clinimix/dextrose (6/5)</i>	132	<i>constulose</i>	78	CVS KETONE CARE.....	69
<i>clinimix/dextrose (8/10)</i>	132	COPIKTRA.....	16	<i>cvs lice treatment</i>	158
<i>clinimix/dextrose (8/14)</i>	132	<i>coq10</i>	122	<i>cvs magnesium</i>	128
CLINISOL SF.....	132	<i>coq-10</i>	122	<i>cvs magnesium oxide</i>	128
CLINITEST RAPID COVID-19		<i>coq10 maximum strength</i>	122	<i>cvs mens daily gummies</i>	136
TEST.....	42	CORLANOR.....	54, 55	<i>cvs oyster shell calcium-vit d</i>	128
CLINOLIPID.....	132	CORVITA.....	135	<i>cvs ped electrolyte freeze pop</i>	125
<i>clobazam</i>	107	CORVITA 150.....	85	<i>cvs pediatric electrolyte</i>	125
<i>clobetasol propionate</i>	157	CORVITE 150.....	85	<i>cvs slow release dried iron</i>	85
<i>clobetasol propionate e</i>	157	<i>corvite fe</i>	85	<i>cvs slow release iron</i>	85
<i>clomipramine hcl</i>	113	COTELLIC.....	16	<i>cvs spectravite adult 50+</i>	136
<i>clonazepam</i>	107	<i>cough dm</i>	101	<i>cvs super b complex/c</i>	136
<i>clonidine</i>	54	<i>cough dm childrens</i>	101	<i>cvs vision health</i>	136
<i>clonidine hcl</i>	54	<i>covid-19 at-home test</i>	42	<i>cvs vitamin b12</i>	136
<i>clopidogrel bisulfate</i>	88	<i>cream base</i>	56	<i>cvs vitamin b-12</i>	136
<i>clorazepate dipotassium</i>	107	CREON.....	78	<i>cvs vitamin c</i>	136
CLORPACTIN.....	159	<i>cromolyn sodium</i>	77, 88, 97	<i>cvs vitamin c-rose hips</i>	136
<i>clotrimazole</i>	82, 153, 155, 156	CRYSELLE-28.....	60	<i>cvs vitamin d3</i>	136
<i>clotrimazole 3</i>	82	CULTURELLE KIDS COMPLETE.....	135	<i>cvs vitamin e</i>	136
<i>clotrimazole anti-fungal</i>	155	CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-		<i>cvs womens daily gummies</i>	136
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	156	MV.....	135	<i>cvs zinc gluconate</i>	128
<i>clozapine</i>	115	CULTURELLE PROBIOTICS +		<i>cyanocobalamin</i>	136
<i>co q 10</i>	121	MULTIV.....	135	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	111
<i>co q10</i>	122	<i>cupric chloride</i>	132	<i>cyclophosphamide</i>	14
<i>co q-10</i>	121, 122	<i>cvs adult 50+ eye health</i>	135	<i>cycloserine</i>	40
COARTEM.....	44	CVS AIRSHIELD.....	135	<i>cyclosporine</i>	29
<i>coconut oil beauty</i>	159			<i>cyclosporine modified</i>	29

<i>cyproheptadine hcl</i>	94	<i>delta d3</i>	137	<i>diltiazem hcl er</i>	52
CYRED EQ.....	60	DENGVAIA.....	30	<i>diltiazem hcl er beads</i>	52
CYSTADROPS.....	91	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	60	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	52
CYSTAGON.....	69	DEPO-TESTOSTERONE.....	59	<i>dilt-xr</i>	52
CYSTARAN.....	91	DERMABASE.....	159	<i>diphenhydramine hcl</i>	94
<i>cytarabine</i>	23	DESCOVY.....	40	<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	94
<i>d 1000</i>	136	DESENEX.....	156	<i>diphenhydramine-zinc acetate</i>	159
<i>d 10000</i>	136	<i>desipramine hcl</i>	113	<i>diphenoxylate-atropine</i>	77
<i>d 5000</i>	136	<i>desmopressin ace spray refrig</i>	69	<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>	30
<i>d-1000 extra strength</i>	137	<i>desmopressin acetate</i>	69	<i>dipyridamole</i>	88
<i>d2000 ultra strength</i>	137	<i>desmopressin acetate pf</i>	69	<i>disopyramide phosphate</i>	50
<i>d3</i>	137	<i>desmopressin acetate spray</i>	69	<i>disulfiram</i>	120
<i>d3 2000</i>	137	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	60	<i>divalproex sodium</i>	108
<i>d3 5000</i>	137	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	113	<i>divalproex sodium er</i>	108
<i>d3 baby drops</i>	137	<i>dexamethasone</i>	71	DML FORTE.....	159
<i>d3 high potency</i>	137	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	71	<i>docetaxel</i>	25
<i>d3 maximum strength</i>	137	<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>	71	<i>docusate calcium</i>	78
<i>d3 super strength</i>	137	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	71, 90	<i>docusate mini</i>	78
<i>d3-1000</i>	137	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	117	<i>docusate sodium</i>	79
<i>d-3-5</i>	137	<i>dextromethorphan hbr</i>	101	DOCUSOL KIDS.....	79
<i>d-400</i>	137	<i>dextromethorphan polistirex er</i>	101	DOCUSOL MINI.....	79
<i>d-5000</i>	137	<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>	101	<i>dofetilide</i>	50
<i>daily multiple vitamins</i>	137	<i>dextrose</i>	132	<i>donepezil hcl</i>	112
<i>daily multivitamin</i>	137	<i>dextrose 5%/electrolyte #48</i>	123	DOPTLET.....	84
<i>daily value multivitamin</i>	137	<i>dextrose in lactated ringers</i>	123	<i>dorzolamide hcl</i>	89
<i>daily vitamins</i>	137	<i>dextrose-sodium chloride</i>	123	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	89
<i>daily vite</i>	137	DIABETIDERM.....	159	DOTTI.....	71
<i>daily vite multivitamin/iron</i>	137	DIABETIDERM FOOT REJUVENATING.....	159	DOVATO.....	40
<i>daily vites</i>	137	DIACOMIT.....	107	<i>doxazosin mesylate</i>	49
<i>daily-vite</i>	137	DIALYVITE.....	138	<i>doxepin hcl</i>	113, 118
<i>daily-vite multivitamin</i>	137	DIALYVITE 3000.....	137	<i>doxorubicin hcl</i>	23
<i>dalfampridine er</i>	111	DIALYVITE 5000.....	137	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	23
<i>danazol</i>	70	DIALYVITE 800.....	138	DOXY 100.....	49
<i>dantrolene sodium</i>	111	DIALYVITE 800/ZINC.....	138	<i>doxycycline hyclate</i>	49
<i>dapsone</i>	42	DIALYVITE 800-ZINC 15.....	138	<i>doxycycline monohydrate</i>	49
DAPTACEL.....	30	DIALYVITE SUPREME D.....	138	DRISDOL.....	138
<i>daptomycin</i>	42	DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	138	<i>dronabinol</i>	76
<i>darunavir</i>	38	DIALYVITE/ZINC.....	138	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	60
DASETTA 1/35.....	60	DIATRUST COVID-19 HOME TEST.....	42	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	60
DASETTA 7/7/7.....	60	<i>diazepam</i>	107, 119	DROXIA.....	84
DAURISMO.....	17	DIAZEPAM INTENSOL.....	107	<i>droxidopa</i>	55
DAYSEE.....	60	<i>diazoxide</i>	58	DRY EYE FORMULA.....	138
DAYVIGO.....	118	<i>diclofenac potassium</i>	32	DULERA.....	96
DDROPS.....	137	<i>diclofenac sodium</i>	32, 90, 159	<i>duloxetine hcl</i>	113
DEBLITANE.....	60	<i>diclofenac sodium er</i>	32	DUPIXENT.....	25
DECARA.....	137	<i>dicloxacin sodium</i>	48	DUREX REALFEEL.....	60
DECONEX IR.....	101	<i>dicyclomine hcl</i>	76	<i>dutasteride</i>	83
DECUBI-VITE.....	137	<i>diethylpropion hcl</i>	72	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	83
<i>deferasirox</i>	58	<i>diethylpropion hcl er</i>	72	D-VI-SOL.....	138
<i>deferasirox granules</i>	58	DIFFERIN.....	154	<i>d-vite pediatric</i>	138
<i>dekas bariatric</i>	137	DIFICID.....	47	DYNA-HEX 4.....	159
DEKAS PLUS.....	137	<i>diflunisal</i>	32	<i>e 1000</i>	138
DEKAS PLUS OCEAN.....	137	<i>digoxin</i>	55	E.E.S. 400.....	47
DELSTRIGO.....	40	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	119	<i>e200</i>	138
DELSYM.....	101	DILANTIN.....	107	<i>e-200</i>	138
DELSYM CGH/CHEST CONG DM CHILD.....	101	DILANTIN INFATABS.....	107	<i>ear drops</i>	161
DELSYM COUGH CHILDRENS.....	101	<i>diltiazem hcl</i>	52	EASIVENT.....	97
DELSYM COUGH/CHEST CONGEST DM.....	101			EASIVENT MASK LARGE.....	97
				EASIVENT MASK MEDIUM.....	97
				EASIVENT MASK SMALL.....	97

<i>ec-naproxen</i>	32	<i>eq calcium 600+d</i>	128	EUCERIN ADVANCED REPAIR	
ECOTRIN LOW STRENGTH.....	36	<i>eq calcium 600+d+minerals</i>	128	HAND.....	159
<i>ed chlorped jr</i>	94	<i>eq calcium citrate+d</i>	128	EUCERIN CALMING DAILY	
<i>ed-a-hist dm</i>	101	<i>eq complete multivitamin child</i>	138	MOIST.....	159
<i>ed-apap</i>	36	<i>eq cough dm</i>	101	EUCERIN PLUS.....	159
EDURANT.....	38	<i>eq lice killing max st</i>	158	EUCERIN SKIN CALMING.....	159
<i>efavirenz</i>	38	<i>eq multivitamin gummies</i>	138	EULEXIN.....	14
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	40	<i>eq slow-release iron</i>	85	EUTHYROX.....	57
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	40	<i>eq space chamber anti-static</i>	97	<i>everolimus</i>	17, 29
ELDERTONIC.....	138	<i>eq space chamber anti-static l</i>	98	EVOTAZ.....	40
ELFOLATE PLUS.....	138	<i>eq space chamber anti-static m</i>	98	EXEL COMFORT POINT PEN	
ELIGARD.....	14	<i>eq space chamber anti-static s</i>	98	NEEDLE.....	65
ELINEST.....	60	<i>eq therapeutic moisturizing</i>	159	<i>exemestane</i>	15
ELIQUIS.....	83	<i>eq b complex 50</i>	138	EXKIVITY.....	17
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	83	<i>eq b-6</i>	138	<i>eye multivitamin</i>	139
ELLECE.....	23	<i>eq calcium citrate/vitamin d</i>	128	<i>eye multivitamin/lutein</i>	139
<i>ellume covid-19 home test</i>	42	<i>eq calcium citrate/vitamin d3</i>	128	EYSUVIS.....	90
ELURYNG.....	60	<i>eq calcium/vitamin d</i>	128	<i>ezetimibe</i>	51
EMERGEN-C VITAMIN C.....	138	<i>eq calcium/vitamin d3</i>	128	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	51
EMOLLIA-CREME.....	159	<i>eq child multivit/minerals</i>	138	<i>fabb</i>	139
<i>emollient base</i>	56	<i>eq coq10</i>	122	FABRAZYME.....	69
EMSAM.....	113	<i>eq iron supplement therapy</i>	85	FALMINA.....	60
<i>emtricitabine</i>	38	<i>eq slow release iron</i>	85	<i>famciclovir</i>	44
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	40	<i>eq super b complex/vitamin c</i>	138	<i>famotidine</i>	73
EMTRIVA.....	38	<i>eq vitamin b-12</i>	138	<i>famotidine (pf)</i>	73
EMVERM.....	42	<i>eq vitamin c</i>	138	<i>famotidine premixed</i>	74
EMZAHH.....	60	<i>eq vitamin c/rose hips</i>	138	FANAPT.....	115
<i>enalapril maleate</i>	55	<i>eq vitamin d3</i>	138, 139	FANAPT TITRATION PACK.....	115
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	54	<i>eq vitamin e</i>	139	FANTASY LUBRICATED.....	60
ENBREL.....	26	<i>ergocalciferol</i>	139	FANTASY	
ENBREL MINI.....	25	<i>ergotamine-caffeine</i>	119	LUBRICATED/SPERMICIDE.....	60
ENBREL SURECLICK.....	26	ERIVEDGE.....	17	FARXIGA.....	67
ENDARI.....	84	ERLEADA.....	14	FASENRA.....	98
ENDOCET.....	34	<i>erlotinib hcl</i>	17	FASENRA PEN.....	98
ENDUR-ACIN.....	138	ERRIN.....	60	FC2 FEMALE CONDOM.....	61
ENDUR-C.....	138	<i>ertapenem sodium</i>	42	<i>felbamate</i>	108
<i>enema</i>	79	<i>ery</i>	154	<i>felodipine er</i>	52
<i>enema ready-to-use</i>	79	ERY-TAB.....	47	<i>fenofibrate</i>	50
ENEMEEZ MINI.....	79	ERYTHROCIN LACTOBIONATE....	47	<i>fenofibrate micronized</i>	50
ENEMEEZ PLUS.....	79	ERYTHROCIN STEARATE.....	47	<i>fentanyl</i>	33
ENFAMIL ENFALYTE.....	125	<i>erythromycin</i>	47, 90, 154	<i>fentanyl citrate</i>	34
ENGERIX-B.....	30	<i>erythromycin base</i>	47	FERAHEME.....	86
ENILLORING.....	60	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	47	FERATE.....	86
<i>enoxaparin sodium</i>	83, 84	<i>erythromycin lactobionate</i>	47	FERGON.....	86
ENPRESSE-28.....	60	<i>escitalopram oxalate</i>	113	FERIVA 21/7.....	86
ENSKYCE.....	60	<i>esomeprazole magnesium</i>	78	FERIVAF.....	86
ENSTILAR.....	157	ESTARYLLA.....	60	FEROSUL.....	86
<i>entacapone</i>	111	ESTER-C.....	139	FERRALET 90.....	86
<i>entecavir</i>	44	<i>estradiol</i>	71	<i>ferretts</i>	86
ENTRESTO.....	53	<i>estradiol valerate</i>	71	FERREX 150.....	86
<i>enulose</i>	79	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	71	<i>ferric x-150</i>	86
EPCLUSA.....	44	<i>eszopiclone</i>	118	FERRLECIT.....	86
EPIDIOLEX.....	108	<i>ethambutol hcl</i>	40	<i>ferrous fumarate</i>	86
<i>epinephrine</i>	97	<i>ethosuximide</i>	108	<i>ferrous gluconate</i>	86
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	55	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	60	<i>ferrous sulfate</i>	86
EPITOL.....	108	<i>etodolac</i>	32	FETZIMA.....	113
<i>eplerenone</i>	49	<i>etodolac er</i>	32	FETZIMA TITRATION.....	113
EPRONTIA.....	108	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	60	FEVERALL ADULTS.....	36
<i>epsom salt</i>	79	<i>etoposide</i>	25	FEVERALL CHILDRENS.....	36
<i>eq calcium 500+d</i>	128	<i>etravirine</i>	38	FEVERALL INFANTS.....	36

FEVERALL JUNIOR STRENGTH...	36	<i>folagent dha</i>	139	<i>genadek step 2</i>	140
<i>fexofenadine hcl</i>	94	<i>folamed dha</i>	139	<i>generlac</i>	79
FIASP.....	65	<i>folate</i>	139	GENGRAF.....	29
FIASP FLEXTOUCH.....	65	<i>folbee</i>	139	GENOTROPIN.....	69
FIASP PENFILL.....	65	<i>folbee plus</i>	139	GENOTROPIN MINIQUEL.....	69
FIASP PUMPCART.....	66	<i>folic acid</i>	139	<i>gentamicin in saline</i>	42
<i>fiber</i>	79	FOLITAB 500.....	86	<i>gentamicin sulfate</i>	42, 90, 154
<i>fiber laxative</i>	79	<i>folite</i>	139	GENTEAL SEVERE.....	91
<i>fiber-lax</i>	79	FOLIVANE-F.....	86	GENTEAL TEARS.....	91
<i>finasteride</i>	83	FOLIVANE-PLUS.....	86	GENTEAL TEARS MODERATE PF.....	91
<i>fingolimod hcl</i>	111	FOLIXAPURE.....	140	<i>gentle laxative</i>	79
FINTEPLA.....	108	<i>folplex 2.2</i>	140	<i>gentlelax</i>	79
FINZALA.....	61	FOLTABS 800.....	140	GENVOYA.....	40
FIRMAGON.....	15	FOLTANX.....	140	GERBER GROW MIGHTY.....	140
FIRMAGON (240 MG DOSE).....	15	FOLTRATE.....	140	GERBER LIL' BRAINIES.....	140
<i>first aid antiseptic</i>	159	FOLTREXYL.....	140	GERITOL COMPLETE.....	140
FLAC.....	92	<i>fondaparinux sodium</i>	84	GILOTRIF.....	17
FLAREX.....	90	<i>fosamprenavir calcium</i>	38	<i>glatiramer acetate</i>	111
FLEBOGAMMA DIF.....	28	<i>fosinopril sodium</i>	55	GLATOPA.....	111
<i>flecainide acetate</i>	50	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	54	GLEOSTINE.....	14
FLEET ENEMA.....	79	FOTIVDA.....	17	<i>glimepiride</i>	67
FLEXICHAMBER.....	98	<i>fruit c</i>	140	<i>glipizide</i>	67
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA.....	139	<i>fruit c 500</i>	140	<i>glipizide er</i>	67
FLINSTONES COMPLETE.....	139	<i>fruity c</i>	140	<i>glipizide xl</i>	67
FLINSTONES GUMMIES.....	139	<i>fruity chews</i>	140	<i>glipizide-metformin hcl</i>	67
FLINSTONES GUMMIES BONE BUILD.....	139	FRUZAQLA.....	17	<i>global alcohol prep ease</i>	66
FLINSTONES GUMMIES COMPLETE.....	139	<i>full spectrum b/vitamin c</i>	140	<i>glucoten</i>	140
FLINSTONES GUMMIES-IMMUNITY.....	139	<i>fulvestrant</i>	15	<i>glutamine</i>	122
FLINSTONES PLUS CALCIUM.....	139	FUNGOID TINCTURE.....	156	GLUTOSE 5.....	58
FLINSTONES SOUR GUMMIES.....	139	<i>furosemide</i>	54	<i>glycerin (adult)</i>	79
FLINSTONES W/IRON.....	139	FUSION.....	86	<i>glycerin (infants & children)</i>	79
FLINSTONES/MY FIRST.....	139	FUSION PLUS.....	86	<i>glycerin adult</i>	79
FLORIVA PLUS.....	139	FUZEON.....	38	<i>glycerin childrens</i>	79
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST.....	42	FYAVOLV.....	71	GLYCOLAX.....	79
<i>fluconazole</i>	41	FYCOMPA.....	108	<i>glycopyrrolate</i>	76, 77
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	41	<i>gabapentin</i>	108, 119	GLYDO.....	154
<i>flucytosine</i>	41	<i>galantamine hydrobromide</i>	112	GLYXAMBI.....	67
<i>fludrocortisone acetate</i>	71	<i>galantamine hydrobromide er</i>	112	<i>gnp 8 hour arthritis relief</i>	36
<i>flunisolide</i>	99	GAMASTAN.....	28	<i>gnp 8 hour pain relief</i>	36
<i>fluocinolone acetonide</i>	92, 157	GAMMAGARD.....	28	<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	36
<i>fluocinolone acetonide body</i>	157	GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	28	<i>gnp acetaminophen</i>	36
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	157	GAMMAKED.....	28	<i>gnp all day allergy</i>	94
<i>fluocinonide</i>	157	GAMMAPLEX.....	28	<i>gnp all day allergy childrens</i>	94
<i>fluocinonide emulsified base</i>	157	GAMUNEX-C.....	28	<i>gnp all day allergy-d</i>	101
<i>fluoritab</i>	128	<i>ganciclovir sodium</i>	44	<i>gnp allergy</i>	94
<i>fluorometholone</i>	90	GARDASIL 9.....	30	<i>gnp allergy & congestion</i>	101
<i>fluorouracil</i>	23, 159	<i>gas relief extra strength</i>	77	<i>gnp allergy relief</i>	94
<i>fluoxetine hcl</i>	113	<i>gas relief ultra strength</i>	77	<i>gnp allergy relief 24 hr</i>	94
<i>fluphenazine decanoate</i>	115	<i>gatifloxacin</i>	90	<i>gnp allergy relief max st</i>	94
<i>fluphenazine hcl</i>	115	GATTEX.....	77	<i>gnp allergy/congestion relief</i>	101
<i>flurbiprofen</i>	32	<i>gavilax</i>	79	<i>gnp antacid</i>	74
<i>flurbiprofen sodium</i>	90	GAVILYTE-C.....	79	<i>gnp antacid & anti-gas</i>	74
<i>fluticasone propionate</i>	99, 157	GAVILYTE-G.....	79	<i>gnp antacid regular strength</i>	74
<i>fluticasone-salmeterol</i>	96	GAVRETO.....	17	<i>gnp antibacterial urinary pain</i>	42
<i>fluvoxamine maleate</i>	112	<i>gefitinib</i>	17	<i>gnp anti-diarrheal</i>	75
		<i>gemcitabine hcl</i>	23, 24	<i>gnp anti-gas</i>	77
		<i>gemfibrozil</i>	50	<i>gnp anti-itch</i>	159
		GEMTESA.....	82	<i>gnp antiseptic skin cleanser</i>	159
		GENABIO COVID-19 RAPID TEST.....	42	<i>gnp artificial tears</i>	91
		<i>genadek step 1</i>	140	<i>gnp aspirin</i>	36

<i>gnp aspirin low dose</i>	36	<i>gnp pain relief</i>	36	<i>goodsense tussin dm</i>	102
<i>gnp athletes foot</i>	156	<i>gnp pain relief extra strength</i>	36	<i>goodsense tussin dm max</i>	102
<i>gnp bacitracin zinc</i>	155	<i>gnp pain relief nighttime</i>	120	<i>granisetron hcl</i>	76
<i>gnp biotin</i>	140	<i>gnp pink bismuth</i>	75	<i>grape flavor</i>	56
<i>gnp calcium</i>	129	<i>gnp prenatal</i>	140	<i>griseofulvin microsize</i>	41
<i>gnp calcium 500 +d3</i>	128	<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr</i>	102	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	41
<i>gnp calcium 600 +d/minerals</i>	128	<i>gnp senna plus</i>	80	<i>guaifenesin</i>	102
<i>gnp calcium 600 +d3</i>	128	<i>gnp terbinafine hydrochloride</i>	156	<i>guaifenesin er</i>	102
<i>gnp calcium citrate +d3</i>	128	<i>gnp tolnaftate</i>	156	<i>guaifenesin-codeine</i>	102
<i>gnp childrens allergy</i>	94	<i>gnp triple antibiotic</i>	155	<i>guaifenesin-dm</i>	102
<i>gnp childrens chewables/ex c</i>	140	<i>gnp triple antibiotic plus</i>	155	<i>guanfacine hcl</i>	55
<i>gnp childrens ibuprofen</i>	32	<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	102	<i>guanfacine hcl er</i>	117
<i>GNP CLEARLAX</i>	79	<i>gnp tussin cough long acting</i>	102	<i>GUMMI BEAR</i>	
<i>gnp clotrimazole 3</i>	82	<i>gnp tussin dm</i>	102	<i>MULTIVITAMIN/MIN</i>	141
<i>gnp co q10</i>	122	<i>gnp tussin dm cough</i>	102	<i>GVOKE HYPOPEN 2-PACK</i>	58
<i>gnp co q-10</i>	122	<i>gnp tussin dm max</i>	102	<i>GVOKE KIT</i>	58
<i>gnp cough dm er</i>	101	<i>gnp tussin mucus & chest cong</i>	102	<i>GVOKE PFS</i>	58
<i>gnp d 1000</i>	140	<i>gnp vitamin a</i>	140	<i>HAEGARDA</i>	84
<i>gnp earwax removal drops</i>	161	<i>gnp vitamin b-1</i>	140	<i>HAILEY 1.5/30</i>	61
<i>gnp earwax removal kit</i>	161	<i>gnp vitamin b-12</i>	140	<i>HAILEY 24 FE</i>	61
<i>gnp essential one daily</i>	140	<i>gnp vitamin b-6</i>	140	<i>hair skin nails</i>	141
<i>gnp fiber</i>	79	<i>gnp vitamin c</i>	140	<i>hair/skin/nails</i>	141
<i>gnp folic acid</i>	140	<i>gnp vitamin c drops</i>	140	<i>halobetasol propionate</i>	157
<i>gnp gas relief</i>	77	<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	140	<i>HALOETTE</i>	61
<i>gnp gentle laxative</i>	79	<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	141	<i>haloperidol</i>	115
<i>gnp glycerin (adult)</i>	79	<i>gnp vitamin d</i>	141	<i>haloperidol decanoate</i>	115
<i>gnp glycerin child</i>	79	<i>gnp vitamin d maximum strength</i>	141	<i>haloperidol lactate</i>	115
<i>gnp ibuprofen</i>	32	<i>gnp vitamin d super strength</i>	141	<i>HARVONI</i>	44
<i>gnp ibuprofen childrens</i>	32	<i>gnp vitamin d3 extra strength</i>	141	<i>HAVRIX</i>	30
<i>gnp ibuprofen infants</i>	32	<i>gnp vitamin d-400</i>	141	<i>healthy eyes supervision 2</i>	141
<i>gnp infants pain/fever</i>	36	<i>gnp vitamin e</i>	141	<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin</i>	141
<i>gnp iron</i>	86	<i>gnp womens gentle laxative</i>	80	<i>healthy hair/skin/nails</i>	141
<i>gnp lice treatment</i>	158	<i>GOLD BOND ULTIMATE</i>		<i>healthy kids gummies</i>	141
<i>gnp little ones childrens</i>	140	<i>HEALING</i>	160	<i>HEALTHYLAX</i>	80
<i>gnp loperamide hcl</i>	75	<i>goodsense all day allergy</i>	94	<i>HEATHER</i>	61
<i>gnp loratadine</i>	94	<i>goodsense aller-ease</i>	94	<i>h-e-b oral electrolyte</i>	125
<i>gnp loratadine childrens</i>	94	<i>goodsense allergy relief</i>	94	<i>HEMATEX</i>	86
<i>gnp lubricating plus eye drops</i>	91	<i>goodsense anti-diarrheal</i>	75	<i>hematinic/folic acid</i>	86
<i>gnp magnesium oxide</i>	74	<i>goodsense arthritis pain</i>	36	<i>HEMATOGEN FA</i>	86
<i>gnp melatonin</i>	122	<i>goodsense aspirin</i>	36	<i>HEMOCYTE PLUS</i>	86
<i>gnp melatonin maximum strength</i>	122	<i>goodsense aspirin low dose</i>	36	<i>heparin (porcine) in nacl</i>	84
<i>gnp miconazole 1</i>	82	<i>GOODSENSE CLEARLAX</i>	80	<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	84
<i>gnp miconazole 3</i>	82	<i>goodsense cough dm</i>	102	<i>heparin sodium (porcine)</i>	84
<i>gnp miconazole 7</i>	82	<i>goodsense cough dm childrens</i>	102	<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	84
<i>gnp milk of magnesia</i>	80	<i>goodsense epsom salt</i>	80	<i>HEPLISAV-B</i>	30
<i>gnp mineral oil</i>	80	<i>goodsense first aid antibiotic</i>	155	<i>HERCEPTIN</i>	17
<i>gnp mucus er</i>	101	<i>goodsense ibuprofen</i>	32	<i>HERCEPTIN HYLECTA</i>	17
<i>gnp mucus relief</i>	101	<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	32	<i>HERZUMA</i>	17
<i>gnp nasal decongestant</i>	101	<i>goodsense ibuprofen infants</i>	32	<i>HIBERIX</i>	30
<i>gnp nasal decongestant pe</i>	101	<i>goodsense lubricating eye drop</i>	91	<i>high potency multivitamin</i>	141
<i>gnp nasal spray</i>	102	<i>goodsense mineral oil</i>	80	<i>hm acetaminophen childrens</i>	36
<i>gnp nasal spray extra moist</i>	102	<i>goodsense mucus er</i>	102	<i>hm adult aspirin</i>	36
<i>gnp nasal spray fast acting</i>	102	<i>goodsense mucus er maximum str</i>	102	<i>hm all day allergy childrens</i>	94
<i>gnp natural fiber</i>	80	<i>goodsense mucus relief child</i>	102	<i>hm allergy relief</i>	94
<i>gnp nicotine</i>	120	<i>goodsense nicotine</i>	120	<i>hm allergy relief (cetirizine)</i>	94
<i>gnp nicotine mini</i>	120	<i>goodsense pain & fever child</i>	36	<i>hm allergy relief/nasal decong</i>	102
<i>gnp nicotine polacrilex</i>	120	<i>goodsense pain & fever infants</i>	36	<i>hm antacid</i>	74
<i>gnp no drip nasal spray</i>	102	<i>goodsense pain relief</i>	36	<i>hm antacid anti-gas ex st</i>	74
<i>gnp pain & fever childrens</i>	36	<i>goodsense pain relief extra st</i>	36	<i>hm antiseptic skin cleanser</i>	160
<i>gnp pain & fever infants</i>	36	<i>goodsense tussin cf</i>	102	<i>hm arthritis pain relief</i>	37

<i>hm aspirin</i>	37	<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	103	INSPIRACHAMBER/SMALL.....	98
<i>hm aspirin ec low dose</i>	37	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	34	INSPIREASE.....	98
<i>hm bacitracin zinc</i>	155	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	34	INTEGRA.....	86
<i>hm biotin</i>	141	<i>hydrocortisone</i>	72, 78, 157, 158	INTEGRA F.....	87
<i>hm calcium citrate+d3 petite</i>	129	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	160	INTEGRA PLUS.....	87
<i>hm cetirizine hcl</i>	95	<i>hydromet</i>	103	INTELENCE.....	38
HM CLEARLAX.....	80	<i>hydromorphone hcl</i>	34	INTELISWAB COVID-19 RAPID	
<i>hm cough dm</i>	102	<i>hydrous emulsified base</i>	56	TEST.....	42
<i>hm dry eye relief</i>	91	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	141	INTRALIPID.....	132
<i>hm enema</i>	80	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	28	INTROVALE.....	61
<i>hm gas relief</i>	77	<i>hydroxyurea</i>	24	INVEGA HAFYERA.....	115
<i>hm gas relief infants drops</i>	77	<i>hydroxyzine hcl</i>	95	INVEGA SUSTENNA.....	115
<i>hm gentle laxative</i>	80	<i>hydroxyzine pamoate</i>	95	INVEGA TRINZA.....	115
<i>hm ibuprofen</i>	32	HYSINGLA ER.....	33	IPOL.....	30
<i>hm ibuprofen childrens</i>	32	<i>ibandronate sodium</i>	73	<i>ipratropium bromide</i>	93
<i>hm laxative</i>	80	IBRANCE.....	17	<i>ipratropium-albuterol</i>	96
<i>hm lidocaine patch</i>	160	IBU.....	32	<i>irbesartan</i>	50
<i>hm loratadine</i>	95	<i>ibuprofen</i>	33	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	53
<i>hm loratadine childrens</i>	95	<i>ibuprofen childrens</i>	32	<i>irinotecan hcl</i>	24
<i>hm lubricating tears</i>	91	<i>ibuprofen junior strength</i>	32	<i>iron</i>	87
<i>hm milk of magnesia</i>	80	ICAPS.....	141	<i>iron 27</i>	87
<i>hm nasal decongestant 12 hour</i>	102	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	141	<i>iron chews pediatric</i>	87
<i>hm nasal decongestant pe</i>	102	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN...	141	<i>iron high-potency</i>	87
<i>hm nicotine</i>	120	<i>icatibant acetate</i>	85	<i>iron slow release</i>	87
<i>hm nicotine polacrilex</i>	120	ICLEVIA.....	61	<i>iron supplement</i>	87
<i>hm nose drops</i>	102	ICLUSIG.....	17	IRON UP.....	87
<i>hm pain reliever</i>	37	IDACIO (2 PEN).....	26	IS-D 10,000.....	141
<i>hm petroleum jelly</i>	56	IDACIO (2 SYRINGE).....	26	ISENTRESS.....	39
<i>hm senna</i>	80	IDACIO-CROHNS/UC STARTER.....	26	ISENTRESS HD.....	38
<i>hm stomach relief ultra</i>	75	IDACIO-PSORIASIS STARTER.....	26	ISIBLOOM.....	61
<i>hm stool softener</i>	80	IDHIFA.....	18	ISOLYTE-P IN D5W.....	123
<i>hm stool softener/laxative</i>	80	IHEALTH COVID-19 RAPID TEST..	42	ISOLYTE-S.....	123
<i>hm triple antibiotic</i>	155	<i>imatinib mesylate</i>	18	ISOLYTE-S PH 7.4.....	123
<i>hm triple antibiotic max st</i>	155	IMBRUVICA.....	18	<i>isoniazid</i>	40
<i>hm vitamin b-12</i>	141	<i>imipenem-cilastatin</i>	42	<i>isosorbide dinitrate</i>	56
<i>hm vitamin c</i>	141	<i>imipramine hcl</i>	113	<i>isosorbide mononitrate</i>	56
HONEY BEARS W/IRON-ZINC.....	141	<i>imiquimod</i>	160	<i>isosorbide mononitrate er</i>	56
HUMIRA (2 PEN).....	26	<i>immune support</i>	141	<i>isotretinoin</i>	154
HUMIRA (2 SYRINGE).....	26	IMMUNERX.....	141	<i>isradipine</i>	52
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	26	IMOVAX RABIES.....	30	<i>itch relief extra strength</i>	160
HUMIRA-PED<40KG CROHNS		INBRIJA.....	111	<i>itraconazole</i>	41
STARTER.....	26	INCASSIA.....	61	<i>ivermectin</i>	43
HUMIRA-PED>=40KG CROHNS		INCRELEX.....	69	IWILFIN.....	24
START.....	26	INCRUSE ELLIPTA.....	93	IXCHIQ.....	30
HUMIRA-PED>=40KG UC		<i>indapamide</i>	54	IXIARO.....	30
STARTER.....	26	INDICAID COVID-19 RAPID TEST..	42	JAKAFI.....	18
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS		INFANRIX.....	30	JANTOVEN.....	84
STARTER.....	26	<i>infants ibuprofen</i>	33	JANUMET.....	67
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT		INFED.....	86	JANUMET XR.....	67
STARTER.....	26	<i>infliximab</i>	26	JANUVIA.....	67
HUMULIN R U-500		INFUVITE ADULT.....	141	JARDIANCE.....	68
(CONCENTRATED).....	66	INFUVITE PEDIATRIC.....	141	JASMIEL.....	61
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	66	INJECTAFER.....	86	JAVYGTOR.....	69
HYCODAN.....	102	INLYTA.....	18	JAYPIRCA.....	18
<i>hydralazine hcl</i>	55	INQOVI.....	24	JENTADUETO.....	68
HYDRALYTE.....	125	INREBIC.....	18	JENTADUETO XR.....	68
HYDRASYN25.....	160	INSPIRACHAMBER/LARGE.....	98	JINTELI.....	71
<i>hydrochlorothiazide</i>	54	INSPIRACHAMBER/MEDIUM.....	98	JOLESSA.....	61
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	103	INSPIRACHAMBER/MOUTHPIEC		JULEBER.....	61
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	33	E.....	98	JULUCA.....	40

JUNEL 1.5/30.....	61	<i>kp calcium citrate+d.....</i>	129	<i>levetiracetam in nacl.....</i>	119
JUNEL 1/20.....	61	<i>kp calcium-magnesium-zinc.....</i>	129	<i>levobunolol hcl.....</i>	89
JUNEL FE 1.5/30.....	61	<i>kp ferrous gluconate.....</i>	87	<i>levocarnitine.....</i>	70
JUNEL FE 1/20.....	61	<i>kp ferrous sulfate.....</i>	87	<i>levocetirizine dihydrochloride.....</i>	95
JUNEL FE 24.....	61	<i>kp folic acid.....</i>	142	<i>levofloxacin.....</i>	47
<i>just 4 kidz multivit/probiotic.....</i>	141	<i>kp mag-oxide magnesium.....</i>	129	<i>levofloxacin in d5w.....</i>	47
JYLAMVO.....	28	<i>kp melatonin.....</i>	122	LEVONEST.....	62
JYNNEOS.....	30	<i>kp niacin.....</i>	142	<i>levonorgest-eth est & eth est.....</i>	62
KADCYLA.....	18	<i>kp prenatal multivitamins.....</i>	142	<i>levonorgest-eth estrad 91-day.....</i>	62
KAITLIB FE.....	61	<i>kp vitamin b-12.....</i>	142	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad.....</i>	62
KALYDECO.....	98	<i>kp vitamin b-6.....</i>	142	<i>levonorg-eth estrad triphasic.....</i>	62
KANJINTI.....	18	<i>kp vitamin d.....</i>	142	LEVORA 0.15/30 (28).....	62
KARIVA.....	61	<i>kp vitamin d3.....</i>	142	LEVO-T.....	58
<i>kcl (0.149%) in nacl.....</i>	123	KRAZATI.....	18	<i>levothyroxine sodium.....</i>	58
<i>kcl in dextrose-nacl.....</i>	123	KURVELO.....	61	LEVOXYL.....	58
KELNOR 1/35.....	61	<i>labetalol hcl.....</i>	51	LEXIVA.....	39
KELNOR 1/50.....	61	LAC-HYDRIN FIVE.....	160	<i>lice killing.....</i>	158
KERADAN.....	160	<i>lacosamide.....</i>	108, 119	<i>lice killing maximum strength.....</i>	158
KERENDIA.....	49	<i>lactated ringers.....</i>	123	<i>lice treatment creme rinse.....</i>	158
KERR TRIPLE DYE SWABS.....	160	<i>lactulose.....</i>	80	<i>lidocaine.....</i>	154
KESIMPTA.....	111	<i>lactulose encephalopathy.....</i>	80	<i>lidocaine hcl.....</i>	38, 154
<i>ketoconazole.....</i>	41, 156	<i>lamivudine.....</i>	39, 44	<i>lidocaine hcl (pf).....</i>	38
KETO-DIASTIX.....	69	<i>lamivudine-zidovudine.....</i>	40	<i>lidocaine pain relief.....</i>	160
<i>ketorolac tromethamine.....</i>	90	<i>lamotrigine.....</i>	108	<i>lidocaine pain relieving.....</i>	160
KEVZARA.....	27	<i>lamotrigine er.....</i>	108	<i>lidocaine viscous hcl.....</i>	153
KEYTRUDA.....	18	<i>lansoprazole.....</i>	78	<i>lidocaine-prilocaine.....</i>	154
<i>kimono.....</i>	61	<i>lanthanum carbonate.....</i>	57	LIDOCAN.....	154
KIMONO COLORS.....	61	LANTUS.....	66	<i>linezolid.....</i>	43
KIMONO MAXX-LARGE FLARE.....	61	LANTUS SOLOSTAR.....	66	<i>linezolid in sodium chloride.....</i>	43
<i>kimono micro thin.....</i>	61	<i>lapatinib ditosylate.....</i>	19	LINZESS.....	77
<i>kimono micro thin plus.....</i>	61	LARIN 1.5/30.....	61	<i>liothyronine sodium.....</i>	58
<i>kimono plus.....</i>	61	LARIN 1/20.....	61	<i>liquid acetaminophen.....</i>	37
<i>kimono sensation.....</i>	61	LARIN 24 FE.....	61	<i>liquid allergy relief.....</i>	95
<i>kimono sensation plus.....</i>	61	LARIN FE 1.5/30.....	61	<i>lisinopril.....</i>	55
KIMONO SPECIAL.....	61	LARIN FE 1/20.....	62	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide.....</i>	54
KINDERLYTE.....	125	<i>latanoprost.....</i>	89	<i>lithium.....</i>	118
KINDERLYTE PREMAX.....	125	<i>laxative max str.....</i>	80	<i>lithium carbonate.....</i>	118
KINRIX.....	30	<i>laxative regular strength.....</i>	80	<i>lithium carbonate er.....</i>	118
KISQALI (200 MG DOSE).....	18	LAYOLIS FE.....	62	<i>l-methylfolate calcium.....</i>	142
KISQALI (400 MG DOSE).....	18	<i>leader finger cream.....</i>	160	<i>l-methyl-mc.....</i>	142
KISQALI (600 MG DOSE).....	18	LEENA.....	62	LOESTRIN 1.5/30 (21).....	62
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	24	<i>leflunomide.....</i>	28	LOESTRIN 1/20 (21).....	62
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	24	<i>lenalidomide.....</i>	25	LOESTRIN FE 1.5/30.....	62
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	24	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ...	19	LOESTRIN FE 1/20.....	62
KLAYESTA.....	156	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ...	19	<i>lohist-dm.....</i>	103
KLOR-CON.....	124	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ...	19	LOKELMA.....	58
KLOR-CON 10.....	124	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ...	19	LOMAIRA.....	72
KLOR-CON M10.....	124	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ...	19	LONSURF.....	24
KLOR-CON M15.....	124	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ...	19	<i>loperamide hcl.....</i>	75, 77
KLOR-CON M20.....	124	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	19	<i>lopinavir-ritonavir.....</i>	40
<i>kobee.....</i>	141	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	19	<i>loratadine.....</i>	95
<i>konsyl daily fiber.....</i>	80	LESSINA.....	62	<i>loratadine childrens.....</i>	95
KORLYM.....	70	<i>letrozole.....</i>	15	<i>loratadine-d 12hr.....</i>	103
KOSELUGO.....	18	<i>leucovorin calcium.....</i>	23	<i>loratadine-d 24hr.....</i>	103
KOURZEQ.....	153	LEUKERAN.....	14	<i>lorazepam.....</i>	112
<i>kp b complex-c.....</i>	141	<i>leuprolide acetate.....</i>	15	LORAZEPAM INTENSOL.....	112
<i>kp calcium 600+d.....</i>	129	<i>levalbuterol hcl.....</i>	96	LORBRENA.....	19
		<i>levalbuterol tartrate.....</i>	96	LORYNA.....	62
		<i>levetiracetam.....</i>	108, 119	<i>losartan potassium.....</i>	50
		<i>levetiracetam er.....</i>	108	<i>losartan potassium-hctz.....</i>	53

LOTEMAX.....	90	MAVYRET.....	45	metoprolol-hydrochlorothiazide.....	53
loteprednol etabonate.....	90	MAXIFED.....	103	metronidazole.....	43, 83, 160
lovastatin.....	50	MAXIMUM D3.....	142	metyrosine.....	55
LOW-OGESTREL.....	62	maxi-tuss ac.....	103	mgo.....	129
loxapine succinate.....	115	maxi-tuss cd.....	103	MIBELAS 24 FE.....	62
lubricant eye drops.....	91	maxi-tuss g.....	103	micafungin sodium.....	41
lubricating eye drops.....	91	maxi-tuss gmx.....	103	miconazole 3 combo-suppl.....	83
lubricating plus eye drops.....	91	maxx.....	62	miconazole 7.....	83
lubricating tears eye drops.....	91	maxx plus.....	62	miconazole nitrate.....	83, 156
LUCIRA CHECK IT COVID-19		m-clear wc.....	103	MICROCHAMBER.....	98
TEST.....	43	m-dryl.....	95	microderm base.....	56
LUMAKRAS.....	19	meclizine hcl.....	76	MICROGESTIN 1.5/30.....	62
LUMIGAN.....	89	medroxyprogesterone acetate.....	62, 73	MICROGESTIN 1/20.....	62
LUMIZYME.....	70	mefloquine hcl.....	44	MICROGESTIN 24 FE.....	62
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	15	megestrol acetate.....	15, 73	MICROGESTIN FE 1.5/30.....	63
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	15	meijer c.....	142	MICROGESTIN FE 1/20.....	63
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	70	meijer ibuprofen.....	33	MICROSOME BASE.....	56
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	70	MEKINIST.....	19	MICROSPACER.....	98
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	70	MEKTOVI.....	19	midodrine hcl.....	55
lurasidone hcl.....	115, 116	melatonin.....	56, 122	MIEBO.....	91
LUTERA.....	62	melatonin maximum strength.....	122	mifepristone.....	70
LYLEQ.....	62	meloxicam.....	33	miglustat.....	70
LYLLANA.....	71	memantine hcl.....	112	MILI.....	63
LYNPARZA.....	19	memantine hcl er.....	112	milk of magnesia.....	80
LYSIPLEX PLUS.....	142	MENACTRA.....	30	MIMVEY.....	71
LYSODREN.....	15	M-END PE.....	103	mineral oil.....	80
LYTGObI (12 MG DAILY DOSE).....	19	MENQUADFI.....	30	minocycline hcl.....	49
LYTGObI (16 MG DAILY DOSE).....	19	mens 50+ advanced.....	142	minoxidil.....	55
LYTGObI (20 MG DAILY DOSE).....	19	mens daily formula/lycopene.....	142	mintox maximum strength.....	74
LYZA.....	62	mens multivitamin.....	142	MINTOX PLUS.....	75
MACULAR HEALTH FORMULA.....	142	MENVEO.....	30	MIRALAX.....	80
MAG64.....	129	mercaptopurine.....	24	mirtazapine.....	113
mag-al plus.....	74	MERIBIN.....	142	misoprostol.....	77
mag-al plus xs.....	74	meropenem.....	43	MITIGARE.....	38
MAGDELAY.....	129	mesalamine.....	78	M-M-R II.....	30
mag-g.....	129	mesalamine er.....	78	m-natal plus.....	124
MAGNEBIND 300.....	129	mesalamine-cleanser.....	78	modafinil.....	119
MAGNEBIND 400.....	129	MESNEX.....	23	moexipril hcl.....	56
magnesium.....	129	METAFOLBIC PLUS.....	142	moisturizing cream.....	160
magnesium gluconate.....	129	metformin hcl.....	68	molindone hcl.....	116
magnesium lactate.....	129	metformin hcl er.....	68	mometasone furoate.....	158
magnesium oxide.....	74	methadone hcl.....	33	MONISTAT 7 COMBO PACK APP.....	83
magnesium oxide -mg supplement		METHADONE HCL INTENSOL.....	33	MONJUVI.....	19
.....	74, 129	methazolamide.....	54	MONOFERRIC.....	87
magnesium sulfate.....	123	methenamine hippurate.....	43	MONO-LINYAH.....	63
magnesium sulfate in d5w.....	123	methimazole.....	58	montelukast sodium.....	100
MAGNESIUM-OXIDE.....	129	methocarbamol.....	111	MOOD FOOD ES.....	142
MAGOX 400.....	129	methotrexate sodium.....	24, 28	morphine sulfate.....	34
MAG-OXIDE.....	129	methotrexate sodium (pf).....	24	morphine sulfate (concentrate).....	34
malathion.....	158	methsuximide.....	108	morphine sulfate (pf).....	34
manganese chloride.....	129	methylphenidate hcl.....	117	morphine sulfate er.....	33
mapap.....	37	methylphenidate hcl er.....	117	MOUNJARO.....	68
mapap arthritis pain.....	37	methylprednisolone.....	72	MOVANTIK.....	77
MAPAP CHILDRENS.....	37	methylprednisolone acetate.....	72	moxifloxacin hcl.....	48, 90
maraviroc.....	39	methylprednisolone sodium succ.....	72	moxifloxacin hcl in nacl.....	48
MAR-COF BP.....	103	methyltestosterone.....	59	m-pap.....	37
MAR-COF CG EXPECTORANT.....	103	metoclopramide hcl.....	76	MUCINEX.....	104
marlissa.....	62	metolazone.....	54	MUCINEX CHILDRENS	
MARPLAN.....	113	metoprolol succinate er.....	51	FREEFROM.....	103
MATULANE.....	24	metoprolol tartrate.....	52		

MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE.....	103	MVW COMPLETE FORMULATION.....	143	nevirapine er.....	39
MUCINEX COUGH CHILDRENS..	103	MVW COMPLETE FORMULATION D3000.....	143	NEXAVAR.....	20
MUCINEX DM.....	103	MVW COMPLETE FORMULATION D5000.....	143	NEXLETOL.....	51
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS.....	103	MVW COMPLETE FORMULATION MINIS.....	143	NEXLIZET.....	51
MUCINEX FAST-MAX CONGEST COUGH.....	103	mycophenolate mofetil.....	29	niacin.....	144
MUCINEX FAST-MAX DM MAX....	103	mycophenolate sodium.....	29	niacin er.....	144
MUCINEX FREEFROM SEV CNGST/CGH.....	103	MYRBETRIQ.....	82	niacin er (antihyperlipidemic).....	51
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH	103	na ferric gluc cplx in sucrose.....	87	niacinamide.....	144
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL.....	103	na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	80	nicardipine hcl.....	52
mucus & chest congestion.....	104	nabumetone.....	33	NICODERM CQ.....	121
mucus relief.....	104	nadolol.....	52	NICOMIDE.....	144
mucus relief childrens.....	104	naftacillin sodium.....	48	nicotine.....	121
mucus relief cough childrens.....	104	NAGLAZYME.....	70	nicotine mini.....	121
mucus relief dm.....	104	nalbuphine hcl.....	34	nicotine polacrilex.....	121
mucus relief dm max.....	104	naloxone hcl.....	120, 121	nicotine polacrilex mini.....	121
mucus relief er.....	104	naltrexone hcl.....	121	nicotine step 1.....	121
mucus relief max st.....	104	NAMZARIC.....	112	nicotine step 2.....	121
MULTAQ.....	50	NAPHCON-A.....	88	nicotine step 3.....	121
multi + omega-3 adult gummies.....	142	naproxen.....	33	NICOTROL.....	121
multi adult gummies.....	142	naproxen sodium.....	33	NICOTROL NS.....	121
multi for her.....	142	naratriptan hcl.....	119	nifedipine er.....	52
multi for her 50+.....	142	nasal decongestant.....	104	nifedipine er osmotic release.....	52
multi vitamin.....	142	nasal decongestant pe.....	104	NIFEREX.....	87
multi vitamin w/d-3.....	142	nasal decongestant spray.....	104	NIKKI.....	63
MULTIGEN.....	87	nasal four.....	104	nilutamide.....	15
MULTIGEN PLUS.....	87	nasal relief.....	104	nimodipine.....	52
multiple electro type 1 ph 5.5.....	123	nasal spray 12 hour.....	104	NINJACOF-XG.....	104
multiple electro type 1 ph 7.4.....	123	nasal spray extra moisturizing.....	104	NINLARO.....	20
multiple vitamins.....	142	NASCOBAL.....	143	nitazoxanide.....	43
multiple vitamins essential.....	142	NATACYN.....	90	nitisinone.....	70
multiple vitamins/iron.....	142	nateglinide.....	68	NITRO-BID.....	56
multipro.....	142	NATPARA.....	73	nitrofurantoin macrocrystal.....	43
multi-vit/iron/fluoride.....	142	natural c/rose hips.....	143	nitrofurantoin monohyd macro.....	43
multivitamin.....	143	natural psyllium seed.....	80	nitroglycerin.....	56, 160
multi-vitamin.....	143	natural vitamin d-3.....	143	NIVA-FOL.....	144
multivitamin & mineral.....	142	NAYZILAM.....	108	NIVANEX DMX.....	104
multivitamin adult.....	142	nebivolol hcl.....	52	nizatidine.....	74
multivitamin childrens.....	142	NECON 0.5/35 (28).....	63	no drip nasal spray.....	104
multivitamin childrens (w/ fa).....	142	nefazodone hcl.....	113	nohist-dm.....	104
multivitamin childrens gummies.....	142	neomycin sulfate.....	43	NORA-BE.....	63
multi-vitamin gummies.....	143	neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	90	norelgestromin-eth estradiol.....	63
multivitamin gummies adult.....	143	neomycin-polymyxin-dexameth.....	89	norethin ace-eth estrad-fe.....	63
multivitamin gummies mens.....	143	neomycin-polymyxin-gramicidin.....	90	norethindrone.....	63
multivitamin gummies womens.....	143	neomycin-polymyxin-hc.....	89, 92	norethindrone acetate.....	73
multivitamin infant & toddler.....	143	NEO-POLYCIN.....	90	norethindrone acet-ethinyl est.....	63
multivitamin/fluoride.....	143	NEO-POLYCIN HC.....	89	norethindrone-eth estradiol.....	71
multi-vitamin/fluoride.....	143	NEOQ10.....	122	norethindron-ethinyl estrad-fe.....	63
multi-vitamin/fluoridel/iron.....	143	NEPHPLEX RX.....	143	norethin-eth estradiol-fe.....	63
multi-vitamin/iron.....	143	nephro vitamins.....	144	norgestimate-eth estradiol.....	63
multivitamins plus iron child.....	143	NEPHRON FA.....	87	norgestim-eth estrad triphasic.....	63
multi-vite.....	143	NEPHRO-VITE.....	144	NORLYROC.....	63
multivit-min gummies childrens.....	143	NERLYNX.....	20	NORPACE CR.....	50
mupirocin.....	155	neti pot sinus wash.....	98	NORTREL 0.5/35 (28).....	63
MURO 128.....	91	NEUPRO.....	111	NORTREL 1/35 (21).....	63
		NEUTROGENA HAND.....	160	NORTREL 1/35 (28).....	63
		nevirapine.....	39	NORTREL 7/7/7.....	63
				nortriptyline hcl.....	113
				NORVIR.....	39
				norwegian cod liver oil.....	144
				NOVAFERRUM.....	87

NOVAFERRUM PEDIATRIC		ON/GO ONE COVID-19 HOME		OS-CAL CALCIUM + D3	129
DROPS	87	TEST	43	OS-CAL EXTRA D3	129
NOVOLIN 70/30	66	<i>ondansetron</i>	76	<i>oseltamivir phosphate</i>	45
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	66	<i>ondansetron hcl</i>	76	OTEZLA	27
NOVOLIN N	66	ONE DAILY ESSENTIAL	144	<i>oxacillin sodium</i>	48
NOVOLIN N FLEXPEN	66	<i>one daily multivitamin adult</i>	144	<i>oxaliplatin</i>	14
NOVOLIN R	66	<i>one daily multivitamin/iron</i>	144	<i>oxcarbazepine</i>	108
NOVOLIN R FLEXPEN	66	ONE-A-DAY ESSENTIAL	144	<i>oxybutynin chloride</i>	82
NOVOLOG MIX 70/30	66	ONE-A-DAY FOR HER		<i>oxybutynin chloride er</i>	82
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	66	VITACRAVES	144	<i>oxycodone hcl</i>	34
NUBEQA	15	ONE-A-DAY FOR HIM		<i>oxycodone-acetaminophen</i>	34, 35
NUDEXTA	118	VITACRAVES	144	OXYCONTIN	34
NUFERA	87	ONE-A-DAY JOLLY RANCHER	144	OYSCO 500+D	130
NU-IRON	87	ONE-A-DAY MENS	144	<i>oyster shell calcium</i>	130
NULOJIX	29	ONE-A-DAY MENS VITACRAVES	144	<i>oyster shell calcium + d</i>	130
NU-MAG	129	ONE-A-DAY VITACRAVES	144	<i>oyster shell calcium + d3</i>	130
NUPLAZID	116	ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT	144	<i>oyster shell calcium plus d</i>	130
NURTEC	119		144	<i>oyster shell calcium w/d</i>	130
NUTRADERM	160	ONE-A-DAY VITACRAVES		<i>oyster shell calcium/d</i>	130
NUTRILIPID	132	IMMUNITY	144	<i>oyster shell calcium/d3</i>	130
NUZYRA	49	ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR	144	<i>oyster shell calcium/vit d3</i>	130
NYAMYC	156	ONE-A-DAY		<i>oyster shell calcium/vitamin d</i>	130
NYLIA 1/35	63	VITACRAVES+OMEGA-3	144	OZEMPIC (0.25 OR 0.5	
NYLIA 7/7/7	63	ONE-A-DAY WOMENS		MG/DOSE)	68
NYMALIZE	52	VITACRAVES	145	OZEMPIC (1 MG/DOSE)	68
NYMYO	63	<i>one-daily multi caps</i>	145	OZEMPIC (2 MG/DOSE)	68
<i>nystatin</i>	41, 153, 156	<i>one-daily multi vitamins</i>	145	PACERONE	50
NYSTOP	156	<i>one-daily multi-vitamin</i>	145	<i>paclitaxel</i>	25
OCELLA	63	<i>one-daily multi-vitamin/iron</i>	145	<i>paclitaxel protein-bound part</i>	25
OCTAGAM	28	<i>one-daily/iron</i>	145	<i>pain & fever childrens</i>	37
<i>octreotide acetate</i>	70	ONTRUZANT	20	<i>pain & fever infants</i>	37
OCUVITE ADULT 50+	144	ONUREG	24	<i>pain relief</i>	37
OCUVITE ADULT FORMULA	144	OPCON-A	88	<i>pain relief extra strength</i>	37
OCUVITE EYE HEATLH		OPSUMIT	55	<i>pain relief regular strength</i>	37
GUMMIES	144	OPTICHAMBER DIAMOND	98	<i>paliperidone er</i>	116
OCUVITE-LUTEIN	144	OPTICHAMBER DIAMOND-LG		<i>pamidronate disodium</i>	73
ODEFSEY	40	MASK	98	<i>pan-c 500/bioflavonoids</i>	145
ODOMZO	20	OPTICHAMBER DIAMOND-MD		PANRETIN	160
OFEV	98	MASK	98	<i>pantoprazole sodium</i>	78
<i>ofloxacin</i>	90, 93	OPTICHAMBER DIAMOND-SM		PANZYGA	28
OGIVRI	20	MASK	98	PARAPLATIN	14
OGSIVEO	20	OPTIFAST POST BARIATRIC	145	<i>paricalcitol</i>	59
OJJAARA	20	OPTIMAL D3 M	145	<i>paroxetine hcl</i>	114
<i>olanzapine</i>	116	OPTISOURCE POST BARIATRIC		PAXLOVID (150/100)	45
<i>olmesartan medoxomil</i>	50	SURG	145	PAXLOVID (300/100)	45
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	53	OPURITY BYPASS OPTIMIZED	145	<i>pazopanib hcl</i>	20
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	53	<i>oral electrolytes</i>	125	<i>pc pediatric poly-vital/fe drop</i>	145
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	51	<i>oral suspend</i>	56	<i>pc pediatric poly-vitamin drop</i>	145
<i>omeprazole</i>	78	ORALYTE	125	PCCA BASE 7542	56
<i>omnicap</i>	144	ORAPENN SD ANHYD		PCCA EMOLLIENT CREAM BASE	56
OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5)	66	SWEETENED	56	<i>ped electrolyte freeze pops</i>	125
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	66	ORAPENN SD ANHYD		<i>ped electrolyte freezer pops</i>	125
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5)	66	UNSWEETEN	56	PEDIA VANCE	125
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	66	ORA-PLUS	56	PEDIA-LAX	80
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN		ORASEP	153	PEDIALYTE	125
3)	66	ORAZINC	129	PEDIALYTE ADVANCED CARE	125
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4)	66	ORGOVYX	15	PEDIALYTE FREEZER POPS	125
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	66	ORKAMBI	98	PEDIALYTE SINGLES	125
OMNIPOD GO	66	ORSERDU	15	PEDIARIX	30
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST	43	OS-CAL	130	<i>pediatric electrolyte</i>	125

<i>pediatric electrolyte-zinc</i>	125	PIMTREA.....	63	<i>prenatal vitamin and mineral</i>	145
PEDVAX HIB.....	31	<i>pindolol</i>	52	<i>prenatal vitamins</i>	145
<i>peg 3350</i>	80	<i>pioglitazone hcl</i>	68	<i>prenatal/iron</i>	145
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	80	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	68	PRESERVISION AREDS.....	146
<i>peg-3350/electrolytes</i>	81	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	49	PRESERVISION AREDS 2.....	146
PEGASYS.....	45	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	20	PRESERVISION/LUTEIN.....	146
PEMAZYRE.....	20	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	20	PRETTY FEET/HANDS.....	160
<i>pemetrexed disodium</i>	24	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	20	PREVALITE.....	51
PENBRAYA.....	31	<i>pirfenidone</i>	98	PREVYMIS.....	45
<i>penicillamine</i>	58	<i>piroxicam</i>	33	PREZCOBIX.....	40
<i>penicillin g pot in dextrose</i>	48	<i>plain niacin</i>	145	PREZISTA.....	39
<i>penicillin g potassium</i>	48	PLASMA-LYTE 148.....	123	PRIFTIN.....	40
<i>penicillin g sodium</i>	49	PLASMA-LYTE A.....	123	<i>primaquine phosphate</i>	44
<i>penicillin v potassium</i>	49	PLENAMINE.....	132	<i>primidone</i>	109
PEN-KERA.....	160	PLENVU.....	81	PRIORIX.....	31
PENTACEL.....	31	POCKET CHAMBER.....	98	PRIVIGEN.....	28
<i>pentamidine isethionate</i>	43	POCKET SPACER.....	98	<i>pro comfort spacer adult</i>	98
<i>pentoxifylline er</i>	85	<i>podofilox</i>	160	<i>pro comfort spacer child</i>	99
PENTRAVAN.....	160	POLYCIN.....	90	<i>pro comfort spacer infant</i>	99
PENTRAVAN PLUS.....	160	<i>polyethylene glycol 3350</i>	57, 81	<i>probenecid</i>	38
PERIDIN-C.....	145	POLY-IRON 150.....	87	<i>procare spacer/adult mask</i>	99
<i>perindopril erbumine</i>	56	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	90	<i>procare spacer/child mask</i>	99
PERIOGARD.....	153	<i>polysaccharide iron complex</i>	87	<i>prochlorperazine</i>	76
PERIOMED.....	153	<i>polysaccharide-iron complex</i>	87	<i>prochlorperazine edisylate</i>	76
<i>permethrin</i>	158	<i>poly-tussin ac</i>	104	<i>prochlorperazine maleate</i>	76
<i>perphenazine</i>	116	POLY-VENT IR.....	104	PROCRIT.....	85
PERSERIS.....	116	<i>polyvinyl alcohol</i>	91	PROCTO-MED HC.....	160
<i>petrolatum</i>	57	POLY-VI-SOL.....	145	PROCTOSOL HC.....	160
<i>petroleum jelly</i>	57	POLY-VI-SOL/IRON.....	145	PROCTOZONE-HC.....	160
PFCB.....	57	<i>poly-vita</i>	145	<i>progesterone</i>	73
PFIZERPEN.....	49	<i>poly-vitaliron</i>	145	PROGRAF.....	29
<i>pharbedryl</i>	95	<i>poly-vite pediatric</i>	145	PROLASTIN-C.....	99
PHARBETOL.....	37	<i>poly-viteliron</i>	145	PROLENSA.....	91
PHARBETOL EXTRA STRENGTH.....	37	POMALYST.....	25	PROLIA.....	73
PHARMABASE ANTIOXIDANT.....	57	PORTIA-28.....	63	PROMACTA.....	85
PHARMABASE COSMETIC.....	57	<i>posaconazole</i>	41	<i>promethazine hcl</i>	76
PHARMABASE COSMETIC NATURAL.....	57	<i>potassium chloride</i>	124, 125	<i>promethazine vcl/codeine</i>	104
PHARMABASE LIGHT.....	57	<i>potassium chloride crys er</i>	124	<i>promethazine-codeine</i>	104
PHARMABASE VAGINAL.....	57	<i>potassium chloride er</i>	124	<i>promethazine-dm</i>	104
<i>pharmacist choice d-vitamin</i>	145	<i>potassium chloride in nacl</i>	124	PRONUTRIENTS CALCIUM+D3.....	130
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH.....	77	<i>potassium citrate er</i>	83	<i>propafenone hcl</i>	50
<i>phendimetrazine tartrate</i>	72	<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	124	<i>propafenone hcl er</i>	50
<i>phenelzine sulfate</i>	114	<i>povidone-iodine</i>	160	<i>proparacaine hcl</i>	91
<i>phenobarbital</i>	109	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	111	<i>propranolol hcl</i>	52
<i>phenobarbital sodium</i>	119	<i>prasugrel hcl</i>	88	<i>propranolol hcl er</i>	52
<i>phentermine hcl</i>	72	<i>pravastatin sodium</i>	50	<i>propylthiouracil</i>	58
<i>phenylephrine-dm-gg</i>	104	<i>praziquantel</i>	43	PROQUAD.....	31
PHENYTEK.....	109	<i>prazosin hcl</i>	49	PRORENAL + D W/ OMEGA-3.....	146
<i>phenytoin</i>	109	<i>prednisolone</i>	72	PROSOL.....	132
<i>phenytoin sodium</i>	120	<i>prednisolone acetate</i>	90	PROTECT CARDIO AF.....	146
<i>phenytoin sodium extended</i>	109	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	72, 91	PROTECT PLUS SO.....	146
PHESGO.....	20	<i>prednisone</i>	72	PROTEGRA.....	146
PHILITH.....	63	PREDNISONONE INTENSOL.....	72	<i>protriptyline hcl</i>	114
PHYTOBASE.....	57	<i>preferred plus insulin syringe</i>	66	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	104
<i>phytonadione</i>	145	<i>pregabalin</i>	109	<i>pseudoephedrine hcl</i>	104
PIFELTRO.....	39	PREHEVBRIO.....	31	<i>pseudoephedrine hcl er</i>	104
<i>pilocarpine hcl</i>	89, 153	PREMASOL.....	132	PULMOZYME.....	99
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST.....	43	<i>prenatal</i>	125, 145	<i>pure calcium carbonate</i>	130
<i>pimozide</i>	116	<i>prenatal 19</i>	145	<i>pure comfort spacer chamber</i>	99
		<i>prenatal one daily</i>	145	<i>purevit dualfe plus</i>	87

PUREWAY-C.....	146	qc stomach relief ultra.....	75	RABAVERT.....	31
PURIXAN.....	24	qc stool softener.....	81	rabeprazole sodium.....	78
px b complex/vitamin c.....	146	qc stool softener pls laxative.....	81	RADIANCE PLATINUM VITAMIN	
px calcium.....	130	qc suphedrine maximum strength..	105	D3.....	147
PX CHILDRENS VITAMIN.....	146	qc tolnaftate.....	156	raloxifene hcl.....	70
px folic acid.....	146	qc triple antibiotic max st.....	155	ramipril.....	56
px ibuprofen.....	33	qc tussin cf.....	105	ranolazine er.....	55
px iron.....	87	qc tussin dm cough/congestion.....	105	rasagiline mesylate.....	111
px stomach relief max st.....	75	qc tussin mucus/congestion.....	105	RAYALDEE.....	59
px vitamin c.....	146	qc vapor inhaler.....	105	REALITY LATEX CONDOMS.....	63
px vitamin e.....	146	QINLOCK.....	20	RECLIPSEN.....	63
pyrazinamide.....	40	Q-SORB CO Q-10.....	122	RECOMBIVAX HB.....	31
pyridostigmine bromide.....	118	QSYMIA.....	72, 73	RECTIV.....	160
pyridoxine hcl.....	146	QUADRACEL.....	31	reeses pinworm medicine.....	43
qc 3 day.....	83	quetiapine fumarate.....	116	REFRESH.....	92
qc all day allergy.....	95	quetiapine fumarate er.....	116	REFRESH CELLUVISC.....	91
qc allergy childrens.....	95	QUFLORA FE.....	146	REFRESH LIQUIGEL.....	91
qc antacid.....	75	QUFLORA FE PEDIATRIC.....	146	REFRESH OPTIVE.....	91, 92
qc antacid/anti-gas.....	75	QUFLORA GUMMIES.....	146	REFRESH OPTIVE ADVANCED.....	91
qc anti-diarrheal.....	75	QUFLORA PEDIATRIC.....	146	REFRESH OPTIVE ADVANCED	
qc antifungal (tolnaftate).....	156	QUICKVUE AT-HOME COVID-19		PF.....	91
qc arthritis pain relief.....	37	TEST.....	43	REFRESH OPTIVE MEGA-3.....	91
qc aspirin.....	37	quinapril hcl.....	56	REFRESH OPTIVE PF.....	92
qc aspirin low dose.....	37	quinidine sulfate.....	50	REFRESH PLUS.....	92
qc calamine.....	160	quinine sulfate.....	44	REFRESH RELIEVA.....	92
qc calcium fast dissolution.....	130	quintabs.....	146	REFRESH TEARS.....	92
qc childrens allergy.....	95	QULIPTA.....	119	REGRANEX.....	154
qc childrens complete.....	146	ra balanced b-100.....	146	REGULOID.....	81
qc childrens ibuprofen.....	33	ra balanced b-50.....	146	REHYDRALYTE.....	125
qc childrens vitamins/extra c.....	146	ra b-complex.....	146	RELENZA DISKHALER.....	45
qc clotrimazole.....	83	ra b-complex with b-12.....	147	RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	66
qc daily multivitamins/iron.....	146	ra biotin.....	147	RELISTOR.....	77
qc diarrhea relief.....	75	ra calcium 600.....	130	REMICADE.....	27
qc enema.....	81	ra calcium 600/vitamin d-3.....	130	RENAL.....	147
qc enteric aspirin.....	37	ra calcium cit plus vit d-3.....	130	renal vitamin.....	147
qc epsom salt.....	81	ra calcium citrate plus vit d.....	130	rena-vite.....	147
qc ferrous sulfate.....	87	ra calcium cit-vit d-3 petites.....	130	RENFLEXIS.....	27
qc fiber laxative.....	81	ra calcium plus vitamin d.....	130	repaglinide.....	68
qc fiber therapy.....	81	ra coenzyme q-10.....	123	REPATHA.....	51
qc gas relief extra strength.....	77	ra folic acid.....	147	REPATHA PUSHTRONEX	
qc gentle laxative.....	81	RA HI CAL.....	130	SYSTEM.....	51
qc ibuprofen.....	33	ra high potency iron.....	87	REPATHA SURECLICK.....	51
qc loratadine allergy relief.....	95	ra iron.....	87	RESTASIS.....	92
qc loratadine-d.....	105	ra natural magnesium.....	130	RESTASIS MULTIDOSE.....	92
qc miconazole 7.....	83	ra niacin.....	147	RESTORA RX.....	75
qc milk of magnesia.....	81	ra no flush niacin.....	147	RETEVMO.....	20
qc mineral oil heavy.....	81	ra pediatric electrolyte.....	125	REVLIMID.....	25
qc mucus relief.....	105	ra slow release iron.....	87	REXULTI.....	116
qc mucus relief er.....	105	ra vitamin a.....	147	REYATAZ.....	39
qc nasal decongestant pe.....	105	ra vitamin b-1.....	147	REZLIDHIA.....	20
qc natural vegetable.....	81	ra vitamin b12.....	147	REZUROCK.....	29
qc natura-lax.....	81	ra vitamin b-12.....	147	RHOPRESSA.....	89
qc nicotine transdermal system.....	121	ra vitamin b-12 tr.....	147	ribavirin.....	45
qc non-aspirin childrens.....	37	ra vitamin b-6.....	147	RID LICE KILLING SHAMPOO.....	158
qc non-aspirin extra strength.....	37	ra vitamin c.....	147	rifabutin.....	40
qc pain relief.....	37	ra vitamin c cr.....	147	rifampin.....	40
qc pain relief childrens.....	37	ra vitamin c/rose hips.....	147	riluzole.....	118
qc pain relief extra strength.....	37	ra vitamin d-3.....	147	rimantadine hcl.....	45
qc pink bismuth.....	75	ra vitamins complete childrens.....	147	RINVOQ.....	27
qc povidone iodine.....	160	ra zinc.....	130	RISABAL-PH.....	160

<i>risedronate sodium</i>	73	<i>sevelamer carbonate</i>	57	<i>sm calcium 600+d3</i>	130
<i>risperidone</i>	116	SHAROBEL.....	64	<i>sm calcium citrate+vit d3</i>	131
<i>risperidone microspheres er</i>	116	SHINGRIX.....	31	<i>sm calcium citrate+d3 petite</i>	131
RITEFLO.....	99	SIGNIFOR.....	70	<i>sm calcium citrate+vit d3 max</i>	131
<i>ritonavir</i>	39	<i>siladryl allergy</i>	95	<i>sm calcium/vitamin d</i>	131
<i>rivastigmine</i>	112	<i>sildenafil citrate</i>	55	<i>sm calcium/vitamin d3</i>	131
<i>rivastigmine tartrate</i>	112	<i>siltussin sa</i>	105	<i>sm calcium-vitamin d</i>	131
RIVELSA.....	64	<i>siltussin-dm alcohol free</i>	105	<i>sm chewable vitamin c</i>	148
<i>rizatriptan benzoate</i>	119	<i>silver sulfadiazine</i>	155	<i>sm childrens loratadine</i>	95
<i>robafen cf multi-symptom cold</i>	105	SIMBRINZA.....	89	SM CLEARLAX.....	81
ROBAFEN DM.....	105	SIMLIYA.....	64	<i>sm clotrimazole vaginal</i>	83
ROBAFEN MUCUS/CHEST		SIMPESSE.....	64	<i>sm co q-10</i>	123
CONGESTION.....	105	<i>simvastatin</i>	51	<i>sm coenzyme q-10</i>	123
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH..	105	<i>sinus nasal spray</i>	105	<i>sm ear drops</i>	161
ROCKLATAN.....	89	<i>sinus relief extra strength</i>	105	<i>sm enema</i>	81
<i>roflumilast</i>	99	<i>sirolimus</i>	29	<i>sm fexofenadine hcl</i>	95
<i>ropinirole hcl</i>	111	SIRTURO.....	40	<i>sm fiber</i>	81, 82
<i>rosuvastatin calcium</i>	50	SIVEXTRO.....	43	<i>sm fiber powder</i>	82
ROTARIX.....	31	SKYRIZI.....	27	<i>sm folic acid</i>	148
ROTATEQ.....	31	SKYRIZI PEN.....	27	<i>sm gas relief</i>	77
ROWEEPRA.....	109	SLOW FE.....	87	<i>sm gas relief infants</i>	77
ROZLYTREK.....	20	<i>slow iron</i>	88	<i>sm gentle laxative</i>	82
RUBRACA.....	20	<i>slow release iron</i>	88	<i>sm ibuprofen</i>	33
<i>rufinamide</i>	109	<i>sm 3-day vaginal</i>	83	<i>sm ibuprofen ib</i>	33
RUKOBIA.....	39	<i>sm 8 hour pain relief</i>	37	<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	33
RYBELSUS.....	68	<i>sm alcohol</i>	57	<i>sm infants ibuprofen</i>	33
RYDAPT.....	21	<i>sm all day allergy</i>	95	<i>sm iron</i>	88
<i>rynex pse</i>	105	<i>sm all day allergy childrens</i>	95	<i>sm iron slow release</i>	88
SAJAZIR.....	85	<i>sm all day allergy-d</i>	105	<i>sm lice killing max strength</i>	158
SANDIMMUNE.....	29	<i>sm allergy childrens</i>	95	<i>sm lice treatment</i>	158
SANTYL.....	154	<i>sm allergy relief</i>	95	<i>sm loratadine</i>	95
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	70	<i>sm animal shapes complete</i>	147	<i>sm lorata-dine d</i>	105
<i>sb allergy relief/nasal decong</i>	105	<i>sm animal shapes kids first</i>	147	<i>sm lubricant eye drops</i>	92
<i>sb calcium + d</i>	130	<i>sm antacid</i>	75	<i>sm lubricating plus</i>	92
<i>sb lice killing max st</i>	158	<i>sm antacid advanced</i>	75	<i>sm lubricating tears</i>	92
<i>sb oyster shell calcium</i>	130	<i>sm antacid advanced max st</i>	75	<i>sm magnesium oxide</i>	131
<i>sb pediatric electrolyte</i>	125	<i>sm antacid maximum strength</i>	75	<i>sm miconazole 3</i>	83
<i>sb vitamin c</i>	147	<i>sm antibiotic</i>	155	<i>sm miconazole 3 applicator</i>	83
<i>scar care</i>	57	<i>sm anti-diarrheal</i>	75	<i>sm miconazole 7</i>	83
SCSEMBLIX.....	21	<i>sm antifungal clotrimazole</i>	156	<i>sm milk of magnesia</i>	82
<i>scopolamine</i>	76	<i>sm antifungal miconazole</i>	156	<i>sm mucus relief</i>	105
SECUADO.....	117	<i>sm antifungal tolnaftate</i>	156	<i>sm mucus relief max strength</i>	105
<i>selegiline hcl</i>	111	<i>sm anti-itch extra strength</i>	160	<i>sm multiple vitamins essential</i>	148
<i>selenious acid</i>	132	<i>sm antiseptic skin cleanser</i>	160	<i>sm multiple vitamins/iron</i>	148
<i>selenium sulfide</i>	156	<i>sm arthritis pain relief</i>	37	<i>sm nasal decongestant max st</i>	105
SELZENTRY.....	39	<i>sm aspirin</i>	38	<i>sm nasal decongestant pe</i>	105
<i>senexon-s</i>	81	<i>sm aspirin adult low strength</i>	37	<i>sm nasal spray</i>	106
<i>senna</i>	81	<i>sm aspirin ec</i>	37	<i>sm nasal spray 12 hour</i>	105
<i>senna laxative</i>	81	<i>sm aspirin low dose</i>	37	<i>sm nasal spray moisturizing</i>	105
<i>senna plus</i>	81	<i>sm athletes foot</i>	156	<i>sm nasal spray sinus</i>	105
<i>senna s</i>	81	<i>sm b super vitamin complex</i>	147	<i>sm niacin cr</i>	148
<i>senna-lax</i>	81	<i>sm b100 complex</i>	147	<i>sm nicotine</i>	121
<i>senna-tabs</i>	81	<i>sm balanced b-50</i>	147	<i>sm nicotine polacrilex</i>	121
<i>senna-time</i>	81	<i>sm b-complex</i>	147	<i>sm nose drops nasal decongest</i>	106
<i>senna-time s</i>	81	<i>sm b-complex/vitamin c</i>	147	<i>sm oyster shell calcium/vit d</i>	131
SENOKOT EXTRA STRENGTH.....	81	<i>sm biotin</i>	148	<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i>	131
SEREVENT DISKUS.....	96	<i>sm calamine</i>	160	<i>sm pain & fever childrens</i>	38
<i>sertraline hcl</i>	114	<i>sm calamine phenolated</i>	161	<i>sm pain & fever infants</i>	38
<i>se-tan plus</i>	87	<i>sm calcium 500/vitamin d3</i>	130	<i>sm pain relief</i>	38
SETLAKIN.....	64	<i>sm calcium 600/vitamin d</i>	130	<i>sm pain reliever</i>	38

<i>sm pain reliever childrens</i>	38	SSD.....	155	SYSTANE BALANCE.....	92
<i>sm pain reliever ex st</i>	38	STELARA.....	27	SYSTANE COMPLETE.....	92
<i>sm pediatric electrolyte</i>	125	<i>sterile water for irrigation</i>	154	SYSTANE ICAPS AREDS2.....	149
<i>sm povidone-iodine</i>	161	<i>stimulant laxative</i>	82	SYSTANE PRESERVATIVE FREE.....	92
<i>sm slow release dried iron</i>	88	STIVARGA.....	21	SYSTANE ULTRA.....	92
<i>sm slow release iron</i>	88	<i>stomach relief</i>	76	SYSTANE ULTRA PF.....	92
<i>sm stomach relief</i>	76	<i>stomach relief extra strength</i>	76	TAB-A-VITE.....	149
<i>sm stool softener</i>	82	<i>stomach relief ultra</i>	76	TAB-A-VITE/BETA CAROTENE....	149
<i>sm stool softener/laxative</i>	82	<i>stool softener</i>	82	<i>tab-a-vite/iron</i>	149
<i>sm super b complex/c</i>	148	<i>stool softener plus laxative</i>	82	TAB-A-VITE/IRON/BETA	
<i>sm triple antibiotic</i>	155	<i>streptomycin sulfate</i>	43	CAROTENE.....	149
<i>sm triple antibiotic max st</i>	155	<i>stress formula</i>	148	TABLOID.....	24
<i>sm tussin cf</i>	106	<i>stress formula (folic acid)</i>	148	TABRECTA.....	21
<i>sm tussin cough/chest congest</i>	106	<i>stress formulaliron</i>	148	<i>tacrolimus</i>	29, 161
<i>sm tussin dm</i>	106	STRESSTABS ENERGY.....	148	TAFINLAR.....	21
<i>sm tussin dm max</i>	106	STRIBILD.....	40	TAGRISSO.....	21
<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	106	STROVITE ONE.....	148	TALTZ.....	27
<i>sm vit c/rose hips</i>	148	STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN	161	TALZENNA.....	21
<i>sm vitamin b complex/vitamin c</i>	148	SUBVENITE.....	109	<i>tamoxifen citrate</i>	15
<i>sm vitamin b1</i>	148	<i>sucralfate</i>	77	<i>tamsulosin hcl</i>	83
<i>sm vitamin b-12</i>	148	SUDOGEST.....	106	TANDEM.....	88
<i>sm vitamin b12 tr</i>	148	<i>sudogest 12 hour</i>	106	TANDEM PLUS.....	88
<i>sm vitamin b6</i>	148	SUDOGEST MAXIMUM		TARINA 24 FE.....	64
<i>sm vitamin b-6</i>	148	STRENGTH.....	106	TARINA FE 1/20 EQ.....	64
<i>sm vitamin c</i>	148	<i>sulfacetamide sodium</i>	90	TASIGNA.....	21
<i>sm vitamin c cr</i>	148	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	154	<i>tasimelteon</i>	118
<i>sm vitamin c/rose hips</i>	148	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	89	<i>tazarotene</i>	156
<i>sm vitamin d</i>	148	<i>sulfadiazine</i>	43	TAZICEF.....	46
<i>sm vitamin d3</i>	148	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> ..	43, 44	TAZORAC.....	156
<i>sm vitamin e</i>	148	SULFAMYLON.....	155	TAZTIA XT.....	52
<i>sm zinc gluconate</i>	131	<i>sulfasalazine</i>	78	TAZVERIK.....	21
<i>sodium bicarbonate</i>	75	<i>sulindac</i>	33	TDVAX.....	31
<i>sodium chloride</i>	106, 124, 154	<i>sumatriptan</i>	119	TECENTRIQ.....	21
<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	92	<i>sumatriptan succinate</i>	119	TEFLARO.....	46
<i>sodium fluoride</i>	125, 131	<i>sumatriptan succinate refill</i>	119	<i>telmisartan</i>	50
<i>sodium oxybate</i>	119	<i>sunitinib malate</i>	21	<i>telmisartan-amlodipine</i>	53
<i>sodium phenylbutyrate</i>	70	SUNLENCA.....	39	<i>telmisartan-hctz</i>	53
<i>sodium phosphates</i>	131	<i>super antioxidant</i>	148	<i>temazepam</i>	118
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	58	<i>super b complex/fal/vit c</i>	148	TENIVAC.....	31
<i>solifenacin succinate</i>	82	<i>super b complex/vitamin c</i>	149	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	39
SOLQUA.....	66	<i>super b-complex + vitamin c</i>	149	TEPMETKO.....	21
SOLTAMOX.....	15	<i>super b-complex/vit c/fa</i>	149	<i>terazosin hcl</i>	49
SOLU-CORTEF.....	72	<i>super biotin</i>	149	<i>terbinafine hcl</i>	41, 156
SOMATULINE DEPOT.....	70	<i>super calcium</i>	131	<i>terbutaline sulfate</i>	96
SOMAVERT.....	70	<i>super calcium 600 + d 400</i>	131	<i>terconazole</i>	83
<i>sorafenib tosylate</i>	21	<i>super calcium 600 + d3</i>	131	<i>teriparatide (recombinant)</i>	73
SORBOLENE.....	161	<i>super daily d3</i>	149	<i>testosterone</i>	59
SORINE.....	50	SUPER QUINTS B-50.....	149	<i>testosterone cypionate</i>	59
<i>sotalol hcl</i>	50	<i>suphedrine 12hour</i>	106	<i>testosterone enanthate</i>	59
<i>sotalol hcl (af)</i>	50	<i>sv vitamin b-12 er</i>	149	<i>tetrabenazine</i>	118
<i>span c</i>	148	SYEDA.....	64	<i>tetracycline hcl</i>	49
SPEEDY SWAB COVID-19		SYMDEKO.....	99	THALOMID.....	25
ANTIGEN.....	43	SYMPAZAN.....	109	<i>theophylline</i>	99
<i>spironolactone</i>	49	SYMTUZA.....	40	<i>theophylline er</i>	99
<i>spironolactone-hctz</i>	54	SYNAREL.....	71	THERA.....	149
SPRINTEC 28.....	64	SYNJARDY.....	68	THERA-D 2000.....	149
SPRITAM.....	109	SYNJARDY XR.....	68	THERA-D 4000.....	149
SPRYCEL.....	21	SYNTHROID.....	58	THERA-D RAPID REPLETION.....	149
SPS.....	58	SYRSPEND SF.....	57	THERAMILL FORTE.....	149
SRONYX.....	64	SYSTANE.....	92	<i>therapeutic moisturizing</i>	161

<i>thera-tabs</i>	149	TRIKAFTA.....	99	TUSNEL-DM PEDIATRIC.....	106
THEREMS.....	149	TRI-LEGEST FE.....	64	TUSNEL-EX.....	106
<i>thiamine hcl</i>	149	TRI-LINYAH.....	64	<i>tussin cf</i>	106
<i>thiamine mononitrate</i>	149	TRI-LO-ESTARYLLA.....	64	<i>tussin cough</i>	106
<i>thioridazine hcl</i>	117	TRI-LO-MARZIA.....	64	<i>tussin dm</i>	106
<i>thiothixene</i>	117	TRI-LO-MILI.....	64	<i>tussin dm max adult</i>	106
TIADYLT ER.....	53	TRI-LO-SPRINTEC.....	64	<i>tussin mucus & chest congest</i>	106
<i>tiagabine hcl</i>	109	<i>trimethoprim</i>	44	<i>tussin mucus+chest congestion</i>	106
TIBSOVO.....	21	TRI-MILI.....	64	<i>tussin multi-symptom cold cf</i>	106
TICOVAC.....	31	<i>trimipramine maleate</i>	114	TWINRIX.....	31
<i>tigecycline</i>	49	TRINTELLIX.....	114	TYBOST.....	39
TILIA FE.....	64	TRI-NYMYO.....	64	TYDEMY.....	65
<i>timolol maleate</i>	52, 89	<i>triphrocaps</i>	149	TYPHIM VI.....	31
<i>tinidazole</i>	44	<i>triple antibiotic</i>	155	TYRVAYA.....	92
TIVICAY.....	39	<i>triple antibiotic plus</i>	155	U-BASE.....	57
TIVICAY PD.....	39	<i>triple antibiotic+pain relief</i>	155	UBRELVY.....	119
<i>tizanidine hcl</i>	112	TRIPLE PASTE AF.....	156	UDAMIN SP.....	149
TOBRADEX.....	89	TRI-SPRINTEC.....	64	ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN	
TOBRADEX ST.....	89	TRIUMEQ.....	40	KIDS.....	149
<i>tobramycin</i>	44, 90	TRIUMEQ PD.....	41	<i>ultra lubricating eye drops</i>	92
<i>tobramycin sulfate</i>	44	<i>tri-vite/fluoride</i>	149	UNITHROID.....	58
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	89	TRIVORA (28).....	64	UPSPRING BABY VIT D.....	149
<i>tolnaftate</i>	156	TRI-VYLIBRA.....	64	<i>ursodiol</i>	77
<i>tolterodine tartrate</i>	82	TRI-VYLIBRA LO.....	64	<i>valacyclovir hcl</i>	45
<i>tolterodine tartrate er</i>	82	TRIZIVIR.....	41	VALCHLOR.....	161
<i>topiramate</i>	109	TROGARZO.....	39	<i>valganciclovir hcl</i>	45
<i>toremifene citrate</i>	15	TROPHAMINE.....	132	<i>valproate sodium</i>	120
<i>torsemide</i>	54	<i>tropical liquid nutrition</i>	149	<i>valproic acid</i>	109
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	66	<i>trospium chloride</i>	82	<i>valsartan</i>	50
TOUJEO SOLOSTAR.....	67	TRULICITY.....	69	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	53
TPN ELECTROLYTES.....	124	TRUMENBA.....	31	VALTOCO 10 MG DOSE.....	109
TRADJENTA.....	68	TRUQAP.....	21	VALTOCO 15 MG DOSE.....	109
TRALEMENT.....	132	TRUSTEX.....		VALTOCO 20 MG DOSE.....	109
<i>tramadol hcl</i>	35	LUB/RIBBED/STUDED.....	64	VALTOCO 5 MG DOSE.....	110
<i>tramadol-acetaminophen</i>	35	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX		<i>value plus glucose</i>	58
<i>trandolapril</i>	56	ST.....	64	VANATAB DM.....	107
<i>tranexamic acid</i>	85	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL...	64	<i>vancomycin hcl</i>	44
<i>tranylcypromine sulfate</i>	114	TRUSTEX LUBRICATED.....	64	<i>vancomycin hcl in nacl</i>	44
TRAVASOL.....	132	TRUSTEX LUBRICATED EX.....		VANFLYTA.....	22
TRAZIMERA.....	21	LARGE.....	64	VANIBASE.....	57
<i>trazodone hcl</i>	114	TRUSTEX LUBRICATED EXTRA		VANICREAM.....	161
TRECATOR.....	40	ST.....	65	<i>vanishing cream botanical base</i>	57
TRELEGY ELLIPTA.....	96	TRUSTEX.....		VAQTA.....	32
TREMFYA.....	27	LUBRICATED/SPERMICIDE.....	65	<i>varenicline tartrate</i>	121
<i>treprostinil</i>	55	TRUSTEX NON-LUBRICATED.....	65	<i>varenicline tartrate (starter)</i>	121
TRESIBA.....	67	TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE..	65	VARIVAX.....	32
TRESIBA FLEXTOUCH.....	67	TRUSTEX RIA LUBRICATED.....	65	VASCEPA.....	51
<i>tretinoin</i>	24, 154	TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	65	<i>v-c forte</i>	149
<i>triamcinolone acetonide</i>	153, 158	TRUSTEX-NONNOXYNOL-		<i>vegetable lax+stool softener</i>	82
<i>triamterene-hctz</i>	54	9/RIB/STUD.....	65	VELIVET.....	65
<i>tri-buffered aspirin</i>	38	TRUXIMA.....	22	VELPHORO.....	57
TRICON.....	88	TUKYSA.....	22	VELTASSA.....	59
<i>trientine hcl</i>	58	TURALIO.....	22	VELVACHOL.....	161
TRI-ESTARYLLA.....	64	TURQOZ.....	65	VEMLIDY.....	45
TRIFERIC.....	88	TUSNEL.....	106	VENCLEXTA.....	22
<i>trifluoperazine hcl</i>	117	TUSNEL C.....	106	VENCLEXTA STARTING PACK.....	22
<i>trifluridine</i>	90	<i>tusnel diabetic</i>	106	VENEXA.....	149
<i>trigels-f forte</i>	88	TUSNEL DM.....	106	VENEXA FE.....	149
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	111	TUSNEL DM PEDIATRIC.....	106	<i>venlafaxine hcl</i>	114
TRIJARDY XR.....	68, 69	TUSNEL PEDIATRIC.....	106	<i>venlafaxine hcl er</i>	114

VENOFER.....	88	vitamin c-rose hips.....	151	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ..	110
VENTAVIS.....	55	vitamin c-rose hips er.....	151	XELJANZ.....	27
VENTOLIN HFA.....	96	vitamin c-rose hips tr.....	151	XELJANZ XR.....	27
verapamil hcl.....	53	vitamin d.....	151, 152	XENICAL.....	73
verapamil hcl er.....	53	vitamin d (cholecalciferol).....	151	XERAC AC.....	161
VERQUVO.....	55	vitamin d (ergocalciferol).....	151	XERMELO.....	77
VERSACLOZ.....	117	vitamin d high potency.....	151	XGEVA.....	73
versatile cream base.....	57	vitamin d infant.....	152	XHANCE.....	99
VERSIGEL.....	57	VITAMIN D-1000 MAX ST.....	152	XIFAXAN.....	77
VERZENIO.....	22	vitamin d3.....	152	XIGDUO XR.....	69
VESTURA.....	65	vitamin d-3.....	152	XIIDRA.....	92
V-GO 20.....	67	VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH....	152	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	45
V-GO 30.....	67	vitamin d3 maximum strength.....	152	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	45
V-GO 40.....	67	vitamin e.....	152	XOLAIR.....	99
VIC-FORTE.....	150	vitamin e blend.....	152	XOSPATA.....	22
VIENVA.....	65	vitamin e water soluble.....	152	XPOVIO (100 MG ONCE	
vigabatrin.....	110	vitamin k1.....	152	WEEKLY).....	22
VIGADRONE.....	110	vitamin-b complex.....	152	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ..	22
VIGPODER.....	110	vitamins acd-fluoride.....	152	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ..	22
vilazodone hcl.....	114	vitamins for hair.....	152	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ..	23
vincristine sulfate.....	25	vitatrum.....	153	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ..	23
vinorelbine tartrate.....	25	VITRAKVI.....	22	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ..	23
viorele.....	65	VITRANOL.....	153	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ..	23
VIRACEPT.....	39	VITRANOL FE.....	153	XTANDI.....	15
VIREAD.....	39	VITREXATE.....	153	XULANE.....	65
virt-caps.....	150	VITREXATE FE.....	153	XULTOPHY.....	67
VIRT-GARD.....	150	VITREXYL.....	153	YARGESA.....	70
vision health.....	150	VITREXYL + IRON.....	153	YF-VAX.....	32
VISTA ADVANCED AREDS2		VITRON-C.....	88	yl coenzyme q10.....	123
FORMULA.....	150	VIVITROL.....	121	yl folic acid.....	153
VISTA ADVANCED DRY EYE		VIZIMPRO.....	22	yl vitamin b-6.....	153
FORMULA.....	150	VONJO.....	22	yl vitamin c.....	153
vit e-vit c-beta carotene.....	150	VORICONAZOLE.....	41	yl vitamin c-rose hips.....	153
vita c/bioflavonoids/rose hips.....	150	VORTEX VALVED HOLDING		YOUR LIFE MULTI ADULT	
vitabex plus.....	150	CHAMBER.....	99	GUMMIES.....	153
vitachew adult multi vitamin.....	150	VOSEVI.....	45	YUVAFEM.....	71
vitachew multiple vitamin.....	150	vp-vite rx.....	153	ZAFEMY.....	65
vitachew vit c citrus burst.....	150	VRAYLAR.....	117	zafirlukast.....	100
VITAJEY DAILY C GUMMIES.....	150	VYFEMLA.....	65	zaleplon.....	118
VITAL-D RX.....	150	VYLIBRA.....	65	ZARXIO.....	85
vitalee.....	150	VYZULTA.....	89	ZEASORB-AF.....	156
VITALETS CHILDRENS.....	150	warfarin sodium.....	84	ZEJULA.....	23
vitamin a.....	150	wee care.....	88	ZELBORAF.....	23
vitamin b + c complex.....	150	WELIREG.....	24	ZEMAIRA.....	99
vitamin b 12.....	150	WERA.....	65	ZENATANE.....	154
vitamin b complex.....	150	westab one.....	153	ZENPEP.....	78
vitamin b1.....	150	white petroleum jelly.....	57	ZERVIAE.....	88
vitamin b-1.....	150	WIXELA INHUB.....	96	zidovudine.....	39
vitamin b12.....	150	womens 50+ advanced.....	153	ZIEXTENZO.....	85
vitamin b-12.....	150	womens multi.....	153	zinc.....	131
vitamin b-12 er.....	150	womens multi gummies.....	153	ZINC 15.....	131
vitamin b12 tr.....	150	wound care.....	57	zinc chloride.....	132
vitamin b6.....	150, 151	WYMZYA FE.....	65	zinc gluconate.....	131
vitamin b-6.....	150, 151	XALKORI.....	22	zinc oxide.....	161
vitamin c.....	151	XARELTO.....	84	zinc sulfate.....	131
vitamin c drops.....	151	XARELTO STARTER PACK.....	84	ziprasidone hcl.....	117
vitamin c er.....	151	XATMEP.....	28	ziprasidone mesylate.....	117
vitamin c plus wild rose hips.....	151	XCEL 100.....	57	ZIRABEV.....	23
vitamin c/rose hips.....	151	XCOPRI.....	110	ZIRGAN.....	90
vitamin c/rose hips tr.....	151	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ..	110	zoledronic acid.....	73

ZOLINZA.....	23
<i>zolpidem tartrate</i>	118
ZONISADE.....	110
<i>zonisamide</i>	110
ZOO FRIENDS/EXTRA C.....	153
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	161
ZOVIA 1/35 (28).....	65
ZTALMY.....	110
ZUMANDIMINE.....	65
ZURZUVAE.....	114
ZYDELIG.....	23
ZYKADIA.....	23
ZYLET.....	89
ZYPREXA RELPREVV.....	117

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

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

Para obtener más información reciente o realizar otras preguntas, contáctenos al 1-844-812-6896 y TTY 711, de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m., o visite www.nhpri.org/INTEGRITY. No hemos realizado cambios desde el **20/06/2024**.



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

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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