Neighborhood Health Plan OF RHODE ISLAND™

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 **22/10/2024**.

H9576_PhmDrugList24 Approved 7/25/2023

Last Updated: October 2024 **Formulary ID:** 00024222 **Version:** 17

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 *Lista de medicamentos cubiertos*? (Para abreviar, también llamamos “Lista de medicamentos” a la *Lista de medicamentos cubiertos*.) 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

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 *Lista de medicamentos cubiertos* 12

C1. Medicamentos agrupados por condición médica 13

D. Índice de medicamentos cubiertos 157

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:

- 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.

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,

- 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.

Usted puede averiguar si su medicamento tiene algún otro requisito o límite consultando las tablas que figuran en las páginas **14-156**. 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 **157**.

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.

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:

- 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 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.

- 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 **157**. 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.

FECHA EFECTIVA: 1/11/2024

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
Agentes Alquilantes		
bendamustine hcl intravenous solution 100 mg/4ml	$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
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, 1000 mg/10ml, 2 gm/10ml, 2000 mg/20ml, 500 mg/2.5ml, 500 mg/5ml	$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	B/D
cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 2)	B/D
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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
exemestane oral tablet 25 mg	$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
fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml	$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
letrozole oral tablet 2.5 mg	$0 (Nivel 1)	
leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml	$0 (Nivel 1)	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	$0 (Nivel 2)	LA; NDS
megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg	$0 (Nivel 2)	
nilutamide oral tablet 150 mg	$0 (Nivel 2)	NDS
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; 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
tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg	$0 (Nivel 1)	
toremifene citrate oral tablet 60 mg	$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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
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
bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg, 3.5 mg	$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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (63 tabletas cada 28 días); NDS
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
dasatinib oral tablet 20 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
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
erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
erlotinib hcl oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
everolimus oral tablet soluble 2 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (150 tabletas cada 30 días); NDS
everolimus oral tablet soluble 3 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
everolimus oral tablet soluble 5 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas 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
gefitinib oral tablet 250 mg	$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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (21 tabletas cada 28 días); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
imatinib mesylate oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
imatinib mesylate oral tablet 400 mg	$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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg	$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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
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 100 MG, 150 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (96 ml cada 28 días); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (24 tabletas cada 28 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
pazopanib hcl oral tablet 200 mg	$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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas 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
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	$0 (Nivel 2)	PA; QL (224 cápsulas cada 28 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	$0 (Nivel 2)	PA; QL (300 tabletas cada 30 días); NDS
sorafenib tosylate oral tablet 200 mg	$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
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg	$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
TAGRISSO 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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
TORPENZ ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (64 tabletas cada 28 días); NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	$0 (Nivel 2)	PA; 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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
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 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		
leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml	$0 (Nivel 1)	B/D
leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	B/D
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 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
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
Antibióticos		
doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml	$0 (Nivel 1)	B/D
doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension 2 mg/ml	$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100ML, 50 MG/25ML	$0 (Nivel 2)	B/D
Antimetabolitos		
azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg	$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
cytarabine injection solution 20 mg/ml	$0 (Nivel 1)	B/D
fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	B/D
gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml	$0 (Nivel 1)	B/D
gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg	$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
mercaptopurine oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 1)	
methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml	$0 (Nivel 1)	B/D
methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml	$0 (Nivel 1)	B/D
methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm	$0 (Nivel 1)	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (14 tabletas cada 28 días); NDS
pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg	$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
bexarotene oral capsule 75 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (300 cápsulas cada 30 días); NDS
hydroxyurea oral capsule 500 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
irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml	$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
tretinoin oral capsule 10 mg	$0 (Nivel 2)	NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
Inhibidores Mitóticos		
docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml	$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml	$0 (Nivel 1)	B/D
docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml	$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
etoposide intravenous solution 1 gm/50ml, 100 mg/5ml, 500 mg/25ml	$0 (Nivel 1)	B/D
paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml	$0 (Nivel 1)	B/D
paclitaxel protein-bound part intravenous suspension reconstituted 100 mg	$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml	$0 (Nivel 1)	B/D
vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	B/D
Inmunomoduladores		
lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas cada 28 días); NDS
lenalidomide oral capsule 20 mg, 25 mg	$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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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		
adalimumab-aacf (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml	$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 plumas cada 365 días); NDS
adalimumab-aacf (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.8ml	$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 jeringas 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
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 UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 plumas 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
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
infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg	$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 plumas cada 28 días); NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 28 días); NDS
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG, 4 X 10 & 51 X20 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 LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	$0 (Nivel 2)	PA; QL (360 ml cada 30 días); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG	$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
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 (12 frascos cada 365 días); 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 20 MG/0.25ML, 40 MG/0.5ML	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (1 jeringa 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
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
Fármacos Antirreumáticos Modificadores De La Enfermedad (Farme)		
hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	$0 (Nivel 2)	B/D
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	$0 (Nivel 1)	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	$0 (Nivel 2)	B/D
Inmunoglobulinas		
ALYGLO INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 5 GM/50ML	$0 (Nivel 2)	PA; 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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG	$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
azathioprine oral tablet 50 mg	$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
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	B/D
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	$0 (Nivel 1)	B/D
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	$0 (Nivel 1)	B/D
everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	$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
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	$0 (Nivel 1)	B/D
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml	$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	B/D
mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg	$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
sirolimus oral solution 1 mg/ml	$0 (Nivel 2)	B/D; 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
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	$0 (Nivel 1)	B/D
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	$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)	
bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg	$0 (Nivel 1)	
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)	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	$0 (Nivel 1)	
diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml	$0 (Nivel 1)	B/D
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	$0 (Nivel 1)	B/D
ENGERIX-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)	
IPOL INJECTION INJECTABLE	$0 (Nivel 1)	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	$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
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)	
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	$0 (Nivel 1)	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	$0 (Nivel 1)	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	$0 (Nivel 1)	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	$0 (Nivel 1)	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	$0 (Nivel 1)	
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)	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	$0 (Nivel 1)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	$0 (Nivel 1)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	$0 (Nivel 1)	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION	$0 (Nivel 1)	
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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)	
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)	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	$0 (Nivel 1)	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	$0 (Nivel 1)	
ANALGÉSICOS		
Aine		
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
celecoxib oral capsule 400 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml, 200 mg/10ml	$0 (Nivel 3)	DP
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg	$0 (Nivel 1)	
diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg	$0 (Nivel 1)	
diflunisal oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	
ec-naproxen oral tablet delayed release 375 mg	$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg	$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg	$0 (Nivel 1)	
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg	$0 (Nivel 1)	
etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
flurbiprofen oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	
gnp childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
gnp ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml	$0 (Nivel 3)	DP
gnp ibuprofen oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 3)	DP
goodsense ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
goodsense ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml	$0 (Nivel 3)	DP
goodsense ibuprofen oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 3)	DP
hm ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
hm ibuprofen oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 3)	DP
IBU ORAL TABLET 400 MG, 600 MG, 800 MG	$0 (Nivel 1)	
ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
ibuprofen oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 3)	DP
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	$0 (Nivel 1)	
infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml	$0 (Nivel 3)	DP
meijer ibuprofen oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 3)	DP
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	$0 (Nivel 1)	
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg	$0 (Nivel 1)	
naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg	$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
naproxen oral tablet delayed release 375 mg	$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg	$0 (Nivel 1)	
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	$0 (Nivel 1)	
px ibuprofen oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 3)	DP
qc childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
qc ibuprofen oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm ibuprofen ib childrens oral tablet chewable 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm ibuprofen ib oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm ibuprofen oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml	$0 (Nivel 3)	DP
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg	$0 (Nivel 1)	
Analgésicos Opioides, De Acción Prolongada		
buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr	$0 (Nivel 1)	PA; QL (4 parches cada 28 días)
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	$0 (Nivel 1)	PA; QL (10 parches 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
hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg, 80 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg	$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)
methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	PA; QL (450 ml cada 30 días)
methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
Analgésicos Opioides, De Acción Rápida		
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	QL (2700 ml cada 30 días)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg	$0 (Nivel 1)	QL (400 tabletas cada 30 días)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg	$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml	$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)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 pastillas cada 30 días); NDS
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 pastillas cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	QL (2700 ml cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg	$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg	$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml	$0 (Nivel 1)	QL (600 ml cada 30 días)
hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	QL (180 ml cada 30 días)
morphine sulfate (pf) injection solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 5 mg/ml, 8 mg/ml	$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
morphine sulfate (pf) intravenous solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml	$0 (Nivel 2)	B/D
morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 50 mg/ml, 8 mg/ml	$0 (Nivel 2)	B/D
morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días)
morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg	$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml	$0 (Nivel 2)	
oxycodone hcl oral capsule 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (180 cápsulas cada 30 días)
oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	QL (180 ml cada 30 días)
oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días)
oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
tramadol hcl oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
Diversos		
8 hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen childrens oral solution 160 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg	$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen er oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen extra strength oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen infants oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen oral tablet 325 mg, 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen oral tablet chewable 160 mg	$0 (Nivel 3)	DP
acetaminophen rectal suppository 120 mg, 650 mg	$0 (Nivel 3)	DP
adult aspirin regimen oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 3)	DP
arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 3)	DP
arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 3)	DP
aspirin 81 oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 3)	DP
aspirin adult low dose oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 3)	DP
aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
aspirin ec adult low dose oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 3)	DP
aspirin ec low strength oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 3)	DP
aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 3)	DP
aspirin oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 3)	DP
aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg	$0 (Nivel 3)	DP
aspirin rectal suppository 300 mg	$0 (Nivel 3)	DP
aspirin regimen oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 3)	DP
childrens silapap oral liquid 160 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
ECOTRIN LOW STRENGTH ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	$0 (Nivel 3)	DP
ed-apap oral liquid 160 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL ADULTS RECTAL SUPPOSITORY 650 MG	$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL CHILDRENS RECTAL SUPPOSITORY 120 MG	$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL INFANTS RECTAL SUPPOSITORY 80 MG	$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL JUNIOR STRENGTH RECTAL SUPPOSITORY 325 MG	$0 (Nivel 3)	DP
gnp 8 hour arthritis relief oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp 8 hour pain reliever oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp acetaminophen oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp acetaminophen oral tablet chewable 160 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp infants pain/fever oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
gnp pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
gnp pain relief extra strength oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp pain relief oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 3)	DP
goodsense arthritis pain oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 3)	DP
goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
qc pain relief oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm aspirin oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
sm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
sm pain relief oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
sm pain reliever ex st oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm pain reliever oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 3)	DP
tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 3)	DP
Gota		
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	$0 (Nivel 1)	
colchicine oral tablet 0.6 mg	$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg	$0 (Nivel 1)	
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	$0 (Nivel 2)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
probenecid oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	
ANESTÉSICOS		
Anestésicos Locales		
lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %	$0 (Nivel 1)	B/D
lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %	$0 (Nivel 1)	B/D
ANTIINFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirales		
abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
abacavir sulfate oral tablet 300 mg	$0 (Nivel 1)	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg	$0 (Nivel 1)	
darunavir oral tablet 600 mg	$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
darunavir oral tablet 800 mg	$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
efavirenz oral tablet 600 mg	$0 (Nivel 1)	
emtricitabine oral capsule 200 mg	$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	$0 (Nivel 2)	
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg	$0 (Nivel 2)	NDS
fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg	$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
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)	
lamivudine oral solution 10 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	$0 (Nivel 1)	
maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg	$0 (Nivel 2)	NDS
nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg	$0 (Nivel 1)	
nevirapine oral suspension 50 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
nevirapine oral tablet 200 mg	$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
ritonavir oral tablet 100 mg	$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
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	$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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
zidovudine oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 1)	
zidovudine oral syrup 50 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
zidovudine oral tablet 300 mg	$0 (Nivel 1)	
Agentes Antituberculosos		
cycloserine oral capsule 250 mg	$0 (Nivel 2)	NDS
ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg	$0 (Nivel 1)	
isoniazid oral syrup 50 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	$0 (Nivel 1)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	$0 (Nivel 2)	
pyrazinamide oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	
rifabutin oral capsule 150 mg	$0 (Nivel 1)	
rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg	$0 (Nivel 1)	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	$0 (Nivel 1)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	$0 (Nivel 2)	
Agentes Combinados Antirretrovirales		
abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg	$0 (Nivel 1)	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg	$0 (Nivel 2)	NDS
efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg	$0 (Nivel 2)	NDS
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg	$0 (Nivel 2)	NDS
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg	$0 (Nivel 1)	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	$0 (Nivel 1)	
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/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
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg	$0 (Nivel 1)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
triumeq pd oral tablet soluble 60-5-30 mg	$0 (Nivel 2)	NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	$0 (Nivel 2)	B/D
amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg	$0 (Nivel 1)	B/D
amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg	$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg	$0 (Nivel 1)	
fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%	$0 (Nivel 1)	
fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg	$0 (Nivel 1)	
itraconazole oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 1)	PA
ketoconazole oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	PA
micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg	$0 (Nivel 2)	NDS
nystatin oral tablet 500000 unit	$0 (Nivel 1)	
posaconazole oral suspension 40 mg/ml	$0 (Nivel 2)	PA; QL (630 ml cada 30 días); NDS
posaconazole oral tablet delayed release 100 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (93 tabletas cada 30 días); NDS
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada año)
voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg	$0 (Nivel 1)	PA
voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
voriconazole oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
voriconazole oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (480 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Antiinfectivos, Varios		
albendazole oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (672 tabletas cada año); NDS
amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml	$0 (Nivel 1)	
atovaquone oral suspension 750 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	$0 (Nivel 1)	
BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 3)	DP
CARESTART COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 3)	DP
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	$0 (Nivel 1)	
clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml	$0 (Nivel 1)	
clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%	$0 (Nivel 2)	
clindamycin phosphate injection solution 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml	$0 (Nivel 1)	
CLINITEST RAPID COVID-19 TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 3)	DP
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg	$0 (Nivel 1)	
covid-19 at-home test in vitro kit	$0 (Nivel 3)	DP
cvs covid-19 at home test kit in vitro kit	$0 (Nivel 3)	DP
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg	$0 (Nivel 1)	
daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg	$0 (Nivel 2)	NDS
DIATRUST COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 3)	DP
ellume covid-19 home test in vitro kit	$0 (Nivel 3)	DP
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	$0 (Nivel 2)	QL (12 tabletas cada año); NDS
ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm	$0 (Nivel 1)	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 3)	DP
GENABIO COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 3)	DP
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-%	$0 (Nivel 1)	
gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml	$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
gnp antibacterial urinary pain oral tablet 162-162.5 mg	$0 (Nivel 3)	DP
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 3)	DP
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
INDICAID COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 3)	DP
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 3)	DP
ivermectin oral tablet 3 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (12 tabletas cada 90 días)
linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%	$0 (Nivel 1)	
linezolid intravenous solution 600 mg/300ml	$0 (Nivel 1)	
linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml	$0 (Nivel 2)	QL (1800 ml cada 30 días); NDS
linezolid oral tablet 600 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
LUCIRA CHECK IT COVID-19 TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 3)	DP
meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
methenamine hippurate oral tablet 1 gm	$0 (Nivel 1)	
metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml	$0 (Nivel 1)	
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
neomycin sulfate oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	
nitazoxanide oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 2)	QL (6 tabletas cada 30 días); NDS
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg	$0 (Nivel 2)	
nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 2)	
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 3)	DP
ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 3)	DP
pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg	$0 (Nivel 1)	B/D
pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg	$0 (Nivel 1)	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 3)	DP
praziquantel oral tablet 600 mg	$0 (Nivel 1)	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST IN VITRO KIT	$0 (Nivel 3)	DP
reeses pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml	$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 IN VITRO KIT	$0 (Nivel 3)	DP
streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm	$0 (Nivel 2)	NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
sulfadiazine oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 2)	NDS
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg	$0 (Nivel 1)	
tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml	$0 (Nivel 1)	
trimethoprim oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	
vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%	$0 (Nivel 2)	
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 1.25 gm, 1.5 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg	$0 (Nivel 1)	
vancomycin hcl oral capsule 125 mg	$0 (Nivel 1)	QL (80 cápsulas cada 180 días)
vancomycin hcl oral capsule 250 mg	$0 (Nivel 1)	QL (160 cápsulas cada 180 días)
Antimalariales		
atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg	$0 (Nivel 1)	
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	$0 (Nivel 2)	
mefloquine hcl oral tablet 250 mg	$0 (Nivel 1)	
primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral	$0 (Nivel 1)	
primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral	$0 (Nivel 2)	
quinine sulfate oral capsule 324 mg	$0 (Nivel 1)	PA
Antivirales		
acyclovir oral capsule 200 mg	$0 (Nivel 1)	
acyclovir oral suspension 200 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	$0 (Nivel 1)	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	$0 (Nivel 1)	B/D
adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	$0 (Nivel 2)	NDS
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	$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
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 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
ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg	$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
lamivudine oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg	$0 (Nivel 1)	QL (168 cápsulas cada año)
oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg	$0 (Nivel 1)	QL (84 cápsulas cada año)
oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml	$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)
ribavirin oral capsule 200 mg	$0 (Nivel 1)	
ribavirin oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	
rimantadine hcl oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	
valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml	$0 (Nivel 2)	NDS
valganciclovir hcl oral tablet 450 mg	$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		
cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg	$0 (Nivel 2)	
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
cefaclor oral suspension reconstituted 250 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
cefadroxil oral capsule 500 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
cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 3 gm, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm	$0 (Nivel 1)	
cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm	$0 (Nivel 2)	
cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%	$0 (Nivel 2)	
cefdinir oral capsule 300 mg	$0 (Nivel 1)	
cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm	$0 (Nivel 1)	
cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm	$0 (Nivel 1)	
cefixime oral capsule 400 mg	$0 (Nivel 1)	
cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm	$0 (Nivel 1)	
cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg	$0 (Nivel 1)	
cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm	$0 (Nivel 1)	
ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm	$0 (Nivel 1)	
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm	$0 (Nivel 1)	
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg	$0 (Nivel 1)	
cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm	$0 (Nivel 1)	
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	$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
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	$0 (Nivel 1)	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
Eritromicinas/Macrólidas		
azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg	$0 (Nivel 1)	
azithromycin oral packet 1 gm	$0 (Nivel 1)	
azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg	$0 (Nivel 1)	
clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	$0 (Nivel 1)	
clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	$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)	
erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg	$0 (Nivel 1)	
erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg	$0 (Nivel 1)	
erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg	$0 (Nivel 1)	
erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
Fluoroquinolonas		
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%)	$0 (Nivel 2)	
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml	$0 (Nivel 1)	
levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml	$0 (Nivel 1)	
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml	$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
levofloxacin oral solution 25 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	$0 (Nivel 1)	
moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml	$0 (Nivel 1)	
moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg	$0 (Nivel 1)	
Penicilinas		
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	$0 (Nivel 1)	
amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg	$0 (Nivel 1)	
amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg	$0 (Nivel 1)	
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	$0 (Nivel 1)	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg	$0 (Nivel 1)	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 400-57 mg	$0 (Nivel 1)	
ampicillin oral capsule 500 mg	$0 (Nivel 1)	
ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm	$0 (Nivel 1)	
ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm	$0 (Nivel 1)	
ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm	$0 (Nivel 1)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	$0 (Nivel 2)	
dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	$0 (Nivel 1)	
nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm	$0 (Nivel 2)	NDS
oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	$0 (Nivel 1)	
oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm	$0 (Nivel 1)	
penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 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
penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit	$0 (Nivel 1)	
penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit	$0 (Nivel 1)	
penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 5000000 UNIT	$0 (Nivel 1)	
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	$0 (Nivel 1)	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg	$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	$0 (Nivel 1)	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	$0 (Nivel 1)	
minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	$0 (Nivel 1)	
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	$0 (Nivel 2)	LA; NDS
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	$0 (Nivel 2)	LA; NDS
tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	PA
tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg	$0 (Nivel 2)	NDS
CARDIOVASCULAR		
Alfabloqueantes		
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	$0 (Nivel 1)	
prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
Antagonistas Del Receptor De Aldosterona		
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Antagonistas Del Receptor De Angiotensina Ii		
candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
candesartan cilexetil oral tablet 32 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
valsartan oral tablet 320 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Antiarrítmicos		
amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml	$0 (Nivel 1)	
amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	$0 (Nivel 1)	
disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg	$0 (Nivel 2)	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	$0 (Nivel 1)	
flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	$0 (Nivel 2)	
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)	
propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg	$0 (Nivel 1)	
propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	$0 (Nivel 1)	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	$0 (Nivel 1)	
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG	$0 (Nivel 1)	
sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	
sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	
Antilipémicos, Fibratos		
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg	$0 (Nivel 1)	
fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg	$0 (Nivel 1)	
gemfibrozil oral tablet 600 mg	$0 (Nivel 1)	
Antilipémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg-Coa		
atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 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
pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Antilipémicos, Varios		
cholestyramine light oral packet 4 gm	$0 (Nivel 1)	
cholestyramine light oral powder 4 gm/dose	$0 (Nivel 1)	
cholestyramine oral packet 4 gm	$0 (Nivel 1)	
cholestyramine oral powder 4 gm/dose	$0 (Nivel 1)	
colesevelam hcl oral packet 3.75 gm	$0 (Nivel 1)	
colesevelam hcl oral tablet 625 mg	$0 (Nivel 1)	
colestipol hcl oral granules 5 gm	$0 (Nivel 1)	
colestipol hcl oral packet 5 gm	$0 (Nivel 1)	
colestipol hcl oral tablet 1 gm	$0 (Nivel 1)	
ezetimibe oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 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)
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm	$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		
acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg	$0 (Nivel 1)	
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg	$0 (Nivel 1)	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	$0 (Nivel 1)	
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	
nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
nebivolol hcl oral tablet 20 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	
propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
Bloqueadores De Los Canales De Calcio		
amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	$0 (Nivel 1)	
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	$0 (Nivel 1)	
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	$0 (Nivel 1)	
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg	$0 (Nivel 1)	
diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	$0 (Nivel 1)	
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg	$0 (Nivel 1)	
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg	$0 (Nivel 1)	
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg	$0 (Nivel 1)	
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg	$0 (Nivel 1)	
nimodipine oral capsule 30 mg	$0 (Nivel 1)	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML	$0 (Nivel 2)	NDS

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	$0 (Nivel 1)	
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	$0 (Nivel 1)	
verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	$0 (Nivel 1)	
verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	
Combinaciones Beta-Bloqueadores/Diuréticos		
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg	$0 (Nivel 1)	
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	$0 (Nivel 1)	
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg	$0 (Nivel 1)	
Combinaciones De Antagonistas Del Receptor De Angiotensina Ii		
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG	$0 (Nivel 2)	QL (240 cápsulas cada 30 días)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	$0 (Nivel 1)	
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
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	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 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
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Combinaciones De Inhibidores De Eca		
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	$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg	$0 (Nivel 1)	
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg	$0 (Nivel 1)	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg	$0 (Nivel 1)	
fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg	$0 (Nivel 1)	
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	$0 (Nivel 1)	
Diuréticos		
acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg	$0 (Nivel 1)	
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	$0 (Nivel 1)	
amiloride hcl oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 1)	
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg	$0 (Nivel 1)	
bumetanide injection solution 0.25 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	$0 (Nivel 1)	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
furosemide injection solution 10 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg	$0 (Nivel 1)	
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg	$0 (Nivel 1)	
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg	$0 (Nivel 1)	
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg	$0 (Nivel 1)	
triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg	$0 (Nivel 1)	
Diversos		
aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg	$0 (Nivel 1)	
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 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
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr	$0 (Nivel 1)	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	$0 (Nivel 2)	QL (450 ml cada 30 días)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
digoxin injection solution 0.25 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
digoxin oral solution 0.05 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
droxidopa oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
epinephrine (anaphylaxis) injection solution 1 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg	$0 (Nivel 2)	PA
hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
metyrosine oral capsule 250 mg	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	$0 (Nivel 1)	
ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg	$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
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	$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
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (360 tabletas cada 30 días)
treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml	$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
Inhibidores De Ace		
benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 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
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	$0 (Nivel 1)	
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg	$0 (Nivel 1)	
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	$0 (Nivel 1)	
quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	
Nitratos		
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg	$0 (Nivel 1)	
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg	$0 (Nivel 1)	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	$0 (Nivel 2)	
nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray	$0 (Nivel 1)	
DIVERSOS		
Diversos		
1st base external cream	$0 (Nivel 3)	DP
ARBEM H-COSMETIC EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
ARBEM LIPOPEN EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
az cream external cream	$0 (Nivel 3)	DP
BASE PCCA CLARIFYING EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
cream base external cream	$0 (Nivel 3)	DP
emollient base external cream	$0 (Nivel 3)	DP
grape flavor liquid	$0 (Nivel 3)	DP
hm petroleum jelly external gel	$0 (Nivel 3)	DP
hydrous emulsified base external cream	$0 (Nivel 3)	DP
melatonin oral liquid 1 mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
microderm base external cream	$0 (Nivel 3)	DP
MICROSOME BASE EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
oral suspend oral liquid	$0 (Nivel 3)	DP
ORAPENN SD ANHYD SWEETENED ORAL LIQUID	$0 (Nivel 3)	DP
ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN ORAL LIQUID	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ORA-PLUS ORAL LIQUID	$0 (Nivel 3)	DP
PCCA BASE 7542 EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
PCCA EMOLLIENT CREAM BASE EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
petrolatum external gel	$0 (Nivel 3)	DP
petroleum jelly external gel	$0 (Nivel 3)	DP
PFCB EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE ANTIOXIDANT EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC NATURAL EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE LIGHT EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE VAGINAL EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
PHYTOBASE EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
polyethylene glycol 3350 powder	$0 (Nivel 3)	DP
scar care external cream	$0 (Nivel 3)	DP
sm alcohol solution 70 %	$0 (Nivel 3)	DP
SYRSPEND SF ORAL LIQUID	$0 (Nivel 3)	DP
U-BASE EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
VANIBASE EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
vanishing cream botanical base external cream	$0 (Nivel 3)	DP
versatile cream base external cream	$0 (Nivel 3)	DP
VERSIGEL EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
white petroleum jelly external gel	$0 (Nivel 3)	DP
wound care external cream	$0 (Nivel 3)	DP
XCEL 100 EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
ENDOCRINO Y METABÓLICO		
Agentes Aglutinantes De Fosfato		
calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg	$0 (Nivel 1)	QL (360 cápsulas cada 30 días)
calcium acetate oral tablet 667 mg	$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
lanthanum carbonate oral tablet chewable 750 mg	$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm	$0 (Nivel 1)	QL (540 paquetes cada 30 días)
sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm	$0 (Nivel 1)	QL (180 paquetes cada 30 días)
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	$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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 Antitiroideos		
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	$0 (Nivel 1)	
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	$0 (Nivel 1)	
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	$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)	
liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	$0 (Nivel 1)	
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
propylthiouracil oral tablet 50 mg	$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		
cvs glucose oral gel 40 %	$0 (Nivel 3)	DP
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	$0 (Nivel 2)	NDS
GLUTOSE 5 ORAL GEL 40 %	$0 (Nivel 3)	DP
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	$0 (Nivel 2)	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	$0 (Nivel 2)	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/0.2ML	$0 (Nivel 2)	
value plus glucose oral gel 40 %	$0 (Nivel 3)	DP
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
deferasirox oral tablet 90 mg	$0 (Nivel 1)	PA
KIONEX ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	$0 (Nivel 1)	
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	$0 (Nivel 2)	
penicillamine oral tablet 250 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
sodium polystyrene sulfonate oral powder	$0 (Nivel 1)	
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	$0 (Nivel 1)	
trientine hcl oral capsule 250 mg	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	$0 (Nivel 2)	
Analógicos De Vitamina D		
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	$0 (Nivel 1)	B/D
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	$0 (Nivel 1)	B/D
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg	$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
methyltestosterone oral capsule 10 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (600 cápsulas cada 30 días); NDS
testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)	$0 (Nivel 1)	PA
testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml	$0 (Nivel 1)	PA
testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)	$0 (Nivel 1)	PA; QL (300 g cada 30 días)
testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)	$0 (Nivel 1)	PA; QL (150 g cada 30 días)
Anticonceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
aimsco lubricated	$0 (Nivel 3)	DP
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	
alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg	$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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
AYUNA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	$0 (Nivel 1)	
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	$0 (Nivel 1)	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg	$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)	
CRYSELLE-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)	
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	
drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.03-0.451 mg	$0 (Nivel 1)	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg	$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)	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr	$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
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
FANTASY LUBRICATED	$0 (Nivel 3)	DP
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE	$0 (Nivel 3)	DP
FC2 FEMALE CONDOM	$0 (Nivel 3)	DP
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)	
kimono	$0 (Nivel 3)	DP
KIMONO COLORS DEVICE	$0 (Nivel 3)	DP
KIMONO MAXX-LARGE FLARE	$0 (Nivel 3)	DP
kimono micro thin	$0 (Nivel 3)	DP
kimono micro thin plus	$0 (Nivel 3)	DP
kimono plus	$0 (Nivel 3)	DP
kimono sensation	$0 (Nivel 3)	DP
kimono sensation plus	$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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
LARIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	$0 (Nivel 1)	
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
LAYOLIS FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	$0 (Nivel 1)	
levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days	$0 (Nivel 1)	
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	$0 (Nivel 1)	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg	$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)	
marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	
maxx	$0 (Nivel 3)	DP
maxx plus	$0 (Nivel 3)	DP
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
MONO-LINYAH ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	$0 (Nivel 1)	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	$0 (Nivel 1)	
norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr	$0 (Nivel 1)	
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)	$0 (Nivel 1)	
norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	
norethindrone oral tablet 0.35 mg	$0 (Nivel 1)	
norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	
norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg, 0.8-25 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	
norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg	$0 (Nivel 1)	
norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	$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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	$0 (Nivel 1)	
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
REALITY LATEX CONDOMS	$0 (Nivel 3)	DP
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
RIVELSA ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	$0 (Nivel 1)	
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	$0 (Nivel 1)	
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	$0 (Nivel 1)	
SIMLIYA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	$0 (Nivel 1)	
SIMPESSE ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	$0 (Nivel 1)	
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	$0 (Nivel 1)	
TARINA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	$0 (Nivel 1)	
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	$0 (Nivel 1)	
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
TRI-LINYAH ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-MARZIA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	$0 (Nivel 1)	
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/STUDDED	$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 LUB/SPERMICIDE EX ST	$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL	$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED	$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE	$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST	$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE	$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX NON-LUBRICATED	$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE	$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX RIA LUBRICATED	$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD	$0 (Nivel 3)	DP
TURQOZ ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	$0 (Nivel 1)	
TYDEMY ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG	$0 (Nivel 1)	
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)	
viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)	$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)	
cvs gauze sterile pad 2"x2"	$0 (Nivel 2)	
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	$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 FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	$0 (Nivel 2)	
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	$0 (Nivel 2)	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	$0 (Nivel 2)	
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	$0 (Nivel 2)	B/D
global alcohol prep ease pad 70 %	$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 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT	$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5	$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) KIT	$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
OMNIPOD 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)
preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml	$0 (Nivel 2)	
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	$0 (Nivel 2)	QL (5 plumas cada 25 días)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	$0 (Nivel 2)	
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	$0 (Nivel 2)	
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	$0 (Nivel 2)	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	$0 (Nivel 2)	
V-GO 20 KIT 20 UNIT/24HR	$0 (Nivel 2)	PA; QL (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		
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	$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)
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg	$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
glimepiride oral tablet 4 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
glipizide oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
glipizide oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg	$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	$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)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
metformin hcl oral tablet 1000 mg	$0 (Nivel 1)	QL (75 tabletas cada 30 días)
metformin hcl oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
metformin hcl oral tablet 850 mg	$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)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	$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)
pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg	$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg	$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
repaglinide oral tablet 2 mg	$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)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días)
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
betaine oral powder	$0 (Nivel 2)	LA; NDS
cabergoline oral tablet 0.5 mg	$0 (Nivel 1)	
carglumic acid oral tablet soluble 200 mg	$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
charcoal powder	$0 (Nivel 3)	DP
cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	$0 (Nivel 1)	B/D; QL (60 tabletas cada 30 días)
cinacalcet hcl oral tablet 90 mg	$0 (Nivel 2)	B/D; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
CVS KETONE CARE IN VITRO STRIP	$0 (Nivel 3)	DP
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA
desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %	$0 (Nivel 1)	
desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml	$0 (Nivel 2)	NDS
desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	$0 (Nivel 1)	
desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml	$0 (Nivel 2)	NDS
desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %	$0 (Nivel 1)	
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
GENOTROPIN MINIQUICK 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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
JAVYGTOR ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
JAVYGTOR ORAL TABLET 100 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
KETO-DIASTIX IN VITRO STRIP	$0 (Nivel 3)	DP
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
lanreotide acetate subcutaneous solution 120 mg/0.5ml	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
levocarnitine oral solution 1 gm/10ml	$0 (Nivel 1)	B/D
levocarnitine oral tablet 330 mg	$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
mifepristone oral tablet 300 mg	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
miglustat oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml	$0 (Nivel 1)	PA
octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml	$0 (Nivel 1)	PA
octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
raloxifene hcl oral tablet 60 mg	$0 (Nivel 1)	
sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg	$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
sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	$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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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		
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
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)	
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	$0 (Nivel 2)	
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	$0 (Nivel 2)	
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	$0 (Nivel 2)	
estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm	$0 (Nivel 1)	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	$0 (Nivel 1)	
estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg	$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)	
norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	$0 (Nivel 2)	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	$0 (Nivel 1)	
Glucocorticoides		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	$0 (Nivel 2)	B/D
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	B/D
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	B/D
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg	$0 (Nivel 1)	B/D

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
dexamethasone sodium phosphate injection solution prefilled syringe 4 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg	$0 (Nivel 1)	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	$0 (Nivel 1)	B/D
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	$0 (Nivel 1)	B/D
methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg	$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg	$0 (Nivel 1)	B/D
prednisolone oral solution 15 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	B/D
prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml	$0 (Nivel 1)	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	$0 (Nivel 2)	B/D
prednisone oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	B/D
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	B/D
prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)	$0 (Nivel 1)	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	$0 (Nivel 2)	
Non-Frf		
ADIPEX-P ORAL CAPSULE 37.5 MG	$0 (Nivel 3)	DP
ADIPEX-P ORAL TABLET 37.5 MG	$0 (Nivel 3)	DP
benzphetamine hcl oral tablet 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg	$0 (Nivel 3)	DP
diethylpropion hcl oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 3)	DP
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG	$0 (Nivel 3)	DP
phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg	$0 (Nivel 3)	DP
phentermine hcl oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 mg	$0 (Nivel 3)	DP
phentermine hcl oral tablet 37.5 mg	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
QSYMIA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11.25-69 MG, 15-92 MG, 3.75-23 MG, 7.5-46 MG	$0 (Nivel 3)	DP
XENICAL ORAL CAPSULE 120 MG	$0 (Nivel 3)	DP
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 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 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
famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%	$0 (Nivel 1)	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	$0 (Nivel 1)	
Antiácidos		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	$0 (Nivel 3)	DP
aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
antacid calcium oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml, 800-800-80 mg/10ml	$0 (Nivel 3)	DP
antacid oral suspension 400-400-40 mg/10ml	$0 (Nivel 3)	DP
antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
antacid regular strength oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
antacid/antigas oral suspension 400-400-40 mg/10ml	$0 (Nivel 3)	DP
calcium antacid oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
CAL-GEST ANTACID ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	$0 (Nivel 3)	DP
gnp antacid & anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
gnp antacid oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
gnp magnesium oxide oral tablet 250 mg	$0 (Nivel 3)	DP
hm antacid anti-gas ex st oral suspension 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
hm antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
mag-al plus oral liquid 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
mag-al plus xs oral liquid 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
magnesium oxide -mg supplement tablet 250 mg oral	$0 (Nivel 3)	DP
magnesium oxide oral tablet 250 mg, 400 mg, 420 mg	$0 (Nivel 3)	DP
mintox maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
MINTOX PLUS ORAL TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG	$0 (Nivel 3)	DP
qc antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
qc antacid oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
qc antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
sm antacid advanced max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
sm antacid advanced oral suspension 200-200-20 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
sm antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
sm antacid oral suspension 400-400-40 mg/10ml	$0 (Nivel 3)	DP
sm antacid oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sodium bicarbonate oral powder	$0 (Nivel 3)	DP
Antidiarreicos		
anti-diarrheal oral capsule 2 mg	$0 (Nivel 3)	DP
anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml	$0 (Nivel 3)	DP
anti-diarrheal oral tablet 2 mg	$0 (Nivel 3)	DP
bismatrol oral tablet chewable 262 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp anti-diarrheal oral capsule 2 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp anti-diarrheal oral tablet 2 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp loperamide hcl oral solution 1 mg/7.5ml	$0 (Nivel 3)	DP
gnp pink bismuth oral tablet 262 mg	$0 (Nivel 3)	DP
goodsense anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml	$0 (Nivel 3)	DP
hm stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml	$0 (Nivel 3)	DP
loperamide hcl oral solution 1 mg/7.5ml	$0 (Nivel 3)	DP
loperamide hcl oral tablet 2 mg	$0 (Nivel 3)	DP
px stomach relief max st oral suspension 525 mg/15ml	$0 (Nivel 3)	DP
qc anti-diarrheal oral capsule 2 mg	$0 (Nivel 3)	DP
qc anti-diarrheal oral tablet 2 mg	$0 (Nivel 3)	DP
qc diarrhea relief oral suspension 262 mg/15ml	$0 (Nivel 3)	DP
qc pink bismuth oral suspension 525 mg/15ml	$0 (Nivel 3)	DP
qc stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml	$0 (Nivel 3)	DP
RESTORA RX ORAL CAPSULE 60-1.25 MG	$0 (Nivel 3)	DP
sm anti-diarrheal oral capsule 2 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml	$0 (Nivel 3)	DP
sm anti-diarrheal oral tablet 2 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm stomach relief oral suspension 525 mg/30ml	$0 (Nivel 3)	DP
sm stomach relief oral tablet 262 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm stomach relief oral tablet chewable 262 mg	$0 (Nivel 3)	DP
stomach relief extra strength oral suspension 525 mg/15ml	$0 (Nivel 3)	DP
stomach relief oral suspension 525 mg/30ml	$0 (Nivel 3)	DP
stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml	$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
Antieméticos		
aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg	$0 (Nivel 1)	B/D
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	$0 (Nivel 1)	
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	B/D; QL (60 cápsulas cada 30 días)
granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml	$0 (Nivel 1)	
granisetron hcl oral tablet 1 mg	$0 (Nivel 1)	B/D
meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg	$0 (Nivel 2)	
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml	$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	B/D
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	$0 (Nivel 1)	B/D
ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg	$0 (Nivel 1)	B/D
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml	$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	$0 (Nivel 1)	
promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	$0 (Nivel 2)	PA
promethazine hcl oral solution 6.25 mg/5ml	$0 (Nivel 2)	PA
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 2)	PA
scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days	$0 (Nivel 2)	PA; QL (10 parches cada 30 días)
Antiespasmódicos		
dicyclomine hcl oral capsule 10 mg	$0 (Nivel 2)	
dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml	$0 (Nivel 2)	
dicyclomine hcl oral tablet 20 mg	$0 (Nivel 2)	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg	$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
glycopyrrolate oral tablet 2 mg	$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
Diversos		
alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml	$0 (Nivel 2)	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gas relief ultra strength oral capsule 180 mg	$0 (Nivel 3)	DP
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
gnp anti-gas oral capsule 180 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp gas relief oral tablet chewable 80 mg	$0 (Nivel 3)	DP
hm gas relief infants drops oral suspension 20 mg/0.3ml	$0 (Nivel 3)	DP
hm gas relief oral tablet chewable 80 mg	$0 (Nivel 3)	DP
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	$0 (Nivel 2)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
loperamide hcl oral capsule 2 mg	$0 (Nivel 1)	
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	$0 (Nivel 1)	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH ORAL CAPSULE 250 MG	$0 (Nivel 3)	DP
qc gas relief extra strength oral capsule 125 mg	$0 (Nivel 3)	DP
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML	$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 jeringas cada 28 días); NDS
sm gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml	$0 (Nivel 3)	DP
sm gas relief oral tablet chewable 125 mg, 80 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sucralfate oral tablet 1 gm	$0 (Nivel 1)	
ursodiol oral capsule 300 mg	$0 (Nivel 1)	
ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg	$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		
balsalazide disodium oral capsule 750 mg	$0 (Nivel 1)	
budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días)
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml	$0 (Nivel 1)	
mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm	$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
mesalamine oral capsule delayed release 400 mg	$0 (Nivel 1)	QL (180 cápsulas cada 30 días)
mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm	$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
mesalamine rectal enema 4 gm	$0 (Nivel 1)	
mesalamine rectal suppository 1000 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
mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm	$0 (Nivel 1)	
sulfasalazine oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 1)	
sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg	$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		
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg	$0 (Nivel 1)	ST; QL (30 cápsulas cada 30 días)
lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg	$0 (Nivel 1)	
pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg	$0 (Nivel 1)	
pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg	$0 (Nivel 1)	
rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Laxantes		
bisacodyl ec oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 3)	DP
bisacodyl rectal suppository 10 mg	$0 (Nivel 3)	DP
CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	$0 (Nivel 3)	DP
COLACE CLEAR ORAL CAPSULE 50 MG	$0 (Nivel 3)	DP
constulose oral solution 10 gm/15ml	$0 (Nivel 1)	
docusate calcium oral capsule 240 mg	$0 (Nivel 3)	DP
docusate mini rectal enema 283 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
docusate sodium oral capsule 100 mg, 250 mg	$0 (Nivel 3)	DP
docusate sodium oral liquid 50 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
DOCUSOL KIDS RECTAL ENEMA 100 MG/5ML	$0 (Nivel 3)	DP
DOCUSOL MINI RECTAL ENEMA 283 MG/5ML	$0 (Nivel 3)	DP
enema ready-to-use rectal enema 7-19 gm/118ml	$0 (Nivel 3)	DP
enema rectal enema 7-19 gm/118ml	$0 (Nivel 3)	DP
ENEMEEZ MINI RECTAL ENEMA 283 MG/5ML	$0 (Nivel 3)	DP
ENEMEEZ PLUS RECTAL ENEMA 20-283 MG	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
enulose oral solution 10 gm/15ml	$0 (Nivel 1)	
epsom salt oral granules	$0 (Nivel 3)	DP
fiber laxative oral tablet 625 mg	$0 (Nivel 3)	DP
fiber oral powder 28.3 %	$0 (Nivel 3)	DP
fiber oral tablet 625 mg	$0 (Nivel 3)	DP
fiber-lax oral tablet 625 mg	$0 (Nivel 3)	DP
FLEET ENEMA RECTAL ENEMA , 7-19 GM/118ML	$0 (Nivel 3)	DP
gavilax oral powder 17 gm/scoop	$0 (Nivel 3)	DP
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	$0 (Nivel 1)	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	$0 (Nivel 1)	
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	$0 (Nivel 1)	
generlac oral solution 10 gm/15ml	$0 (Nivel 1)	
gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gentle laxative rectal suppository 10 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gentlelax oral powder 17 gm/scoop	$0 (Nivel 3)	DP
glycerin (adult) rectal suppository 2 gm	$0 (Nivel 3)	DP
glycerin (infants & children) rectal suppository 1 gm	$0 (Nivel 3)	DP
glycerin adult rectal suppository 2 gm	$0 (Nivel 3)	DP
glycerin childrens rectal suppository 1 gm	$0 (Nivel 3)	DP
GLYCOLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	$0 (Nivel 3)	DP
GNP CLEARLAX ORAL PACKET 17 GM	$0 (Nivel 3)	DP
GNP CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	$0 (Nivel 3)	DP
gnp fiber oral powder 43 %	$0 (Nivel 3)	DP
gnp gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp gentle laxative rectal suppository 10 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp glycerin (adult) rectal suppository 2.1 gm	$0 (Nivel 3)	DP
gnp glycerin child rectal suppository 1.2 gm	$0 (Nivel 3)	DP
gnp milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	$0 (Nivel 3)	DP
gnp mineral oil oral oil	$0 (Nivel 3)	DP
gnp natural fiber oral capsule 0.52 gm	$0 (Nivel 3)	DP
gnp natural fiber oral powder 28.3 %	$0 (Nivel 3)	DP
gnp senna plus oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 3)	DP
GOODSENSE CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	$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
goodsense epsom salt oral granules	$0 (Nivel 3)	DP
goodsense mineral oil oral oil	$0 (Nivel 3)	DP
HEALTHYLAX ORAL PACKET 17 GM	$0 (Nivel 3)	DP
HM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	$0 (Nivel 3)	DP
hm enema rectal enema 7-19 gm/118ml	$0 (Nivel 3)	DP
hm gentle laxative rectal suppository 10 mg	$0 (Nivel 3)	DP
hm laxative oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 3)	DP
hm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	$0 (Nivel 3)	DP
hm senna oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 3)	DP
hm stool softener oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
hm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
konsyl daily fiber oral powder 28.3 %, 60.3 %	$0 (Nivel 3)	DP
lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml	$0 (Nivel 1)	
lactulose oral solution 10 gm/15ml	$0 (Nivel 1)	
laxative max str oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 3)	DP
laxative regular strength oral tablet 15 mg	$0 (Nivel 3)	DP
milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml, 7.75 %	$0 (Nivel 3)	DP
mineral oil oral oil	$0 (Nivel 3)	DP
MIRALAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	$0 (Nivel 3)	DP
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)	$0 (Nivel 1)	
natural psyllium seed oral powder 100 %	$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA-LAX ORAL LIQUID 50 MG/15ML	$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA-LAX RECTAL SUPPOSITORY 2.8 GM	$0 (Nivel 3)	DP
peg 3350 oral packet 17 gm	$0 (Nivel 3)	DP
peg 3350 oral powder 17 gm/scoop	$0 (Nivel 3)	DP
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm	$0 (Nivel 1)	
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm	$0 (Nivel 1)	
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	$0 (Nivel 2)	
polyethylene glycol 3350 oral packet 17 gm	$0 (Nivel 3)	DP
polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop	$0 (Nivel 3)	DP
qc enema rectal enema 16-6 gm/133ml	$0 (Nivel 3)	DP
qc epsom salt oral granules	$0 (Nivel 3)	DP
qc fiber laxative oral capsule 0.52 gm	$0 (Nivel 3)	DP
qc fiber therapy oral powder 25 %, 51.7 %	$0 (Nivel 3)	DP
qc gentle laxative rectal suppository 10 mg	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
qc milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
qc mineral oil heavy oral oil	$0 (Nivel 3)	DP
qc natural vegetable oral powder 95 %	$0 (Nivel 3)	DP
qc natura-lax oral powder 17 gm/scoop	$0 (Nivel 3)	DP
qc stool softener oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
qc stool softener pls laxative oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
REGULOID ORAL POWDER 28.3 %, 43 %, 51.7 %	$0 (Nivel 3)	DP
senexon-s oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
senna laxative oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 3)	DP
senna oral capsule 8.6 mg	$0 (Nivel 3)	DP
senna oral liquid 8.8 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
senna oral syrup 8.8 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
senna oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 3)	DP
senna plus oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
senna s oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
senna-lax oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 3)	DP
senna-tabs oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 3)	DP
senna-time oral tablet 8.6 mg	$0 (Nivel 3)	DP
senna-time s oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
SENOKOT EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 17.2 MG	$0 (Nivel 3)	DP
SM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	$0 (Nivel 3)	DP
sm enema rectal enema 7-19 gm/118ml	$0 (Nivel 3)	DP
sm fiber oral powder 28.3 %, 43 %, 58.6 %	$0 (Nivel 3)	DP
sm fiber oral tablet 625 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm fiber powder oral powder 25 %	$0 (Nivel 3)	DP
sm gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	$0 (Nivel 3)	DP
sm stool softener oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
stimulant laxative oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
stool softener oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
stool softener plus laxative oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
vegetable lax+stool softener oral tablet 8.6-50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
GENITOURINARIO		
Antiespasmódicos Urinarios		
GEMTESA ORAL TABLET 75 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
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)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	QL (600 ml cada 30 días)
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	ST; QL (30 cápsulas cada 30 días)
tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
trospium chloride oral tablet 20 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
Antiinfecciosos Vaginales		
3 day vaginal vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 3)	DP
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 1)	
clotrimazole 3 vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 3)	DP
clotrimazole vaginal cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
gnp clotrimazole 3 vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 3)	DP
gnp miconazole 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %	$0 (Nivel 3)	DP
gnp miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	$0 (Nivel 3)	DP
gnp miconazole 7 vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 3)	DP
metronidazole vaginal gel 0.75 %	$0 (Nivel 1)	
miconazole 3 combo-supp vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	$0 (Nivel 3)	DP
miconazole 7 vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 3)	DP
miconazole nitrate vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 3)	DP
MONISTAT 7 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 100 & 2 MG-% (9GM)	$0 (Nivel 3)	DP
qc 3 day vaginal cream 4 %	$0 (Nivel 3)	DP
qc clotrimazole vaginal cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
qc miconazole 7 vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 3)	DP
sm 3-day vaginal vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 3)	DP
sm clotrimazole vaginal vaginal cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
sm miconazole 3 applicator vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	$0 (Nivel 3)	DP
sm miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	$0 (Nivel 3)	DP
sm miconazole 7 vaginal cream 2 %	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
sm miconazole 7 vaginal suppository 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %	$0 (Nivel 1)	
terconazole vaginal suppository 80 mg	$0 (Nivel 1)	
Diversos		
acetic acid irrigation solution 0.25 %	$0 (Nivel 1)	
bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)	$0 (Nivel 1)	
Hiperplasia Prostática Benigna		
alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
dutasteride oral capsule 0.5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
finasteride oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg	$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)
enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml	$0 (Nivel 1)	
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	$0 (Nivel 1)	
fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml	$0 (Nivel 2)	NDS
fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml	$0 (Nivel 1)	
heparin (porcine) in nacl intravenous solution 12500-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/500ml-%	$0 (Nivel 2)	
heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml, 25000-5 ut/500ml-%, 40-5 unit/ml-%	$0 (Nivel 2)	
heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml	$0 (Nivel 1)	B/D
heparin sodium (porcine) pf injection solution 1000 unit/ml	$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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
warfarin sodium 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)	
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
anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg	$0 (Nivel 1)	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (24 cajas cada 30 días); NDS
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg	$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
icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml	$0 (Nivel 2)	PA; QL (9 jeringas cada 30 días); NDS
l-glutamine oral packet 5 gm	$0 (Nivel 2)	PA; NDS
pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg	$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
tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	
tranexamic acid oral tablet 650 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
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		
active fe oral tablet 75-1.25 mg	$0 (Nivel 3)	DP
CHROMAGEN ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
CORVITA 150 ORAL TABLET 150-1.25 MG	$0 (Nivel 3)	DP
CORVITE 150 ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
corvite fe oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
cvs iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs slow release dried iron oral tablet extended release 45 mg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs slow release iron oral tablet extended release 45 mg	$0 (Nivel 3)	DP
eq slow-release iron oral tablet extended release 45 mg	$0 (Nivel 3)	DP
eql iron supplement therapy oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 3)	DP
eql slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg	$0 (Nivel 3)	DP
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION 510 MG/17ML	$0 (Nivel 3)	DP
FERATE ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	$0 (Nivel 3)	DP
FERGON ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	$0 (Nivel 3)	DP
FERIVA 21/7 ORAL TABLET 75-1 MG	$0 (Nivel 3)	DP
FERIVAFA ORAL CAPSULE 110-1 MG	$0 (Nivel 3)	DP
FEROSUL ORAL TABLET 325 (65 FE) MG	$0 (Nivel 3)	DP
FERRALET 90 ORAL TABLET 90-1 MG	$0 (Nivel 3)	DP
ferretts oral tablet 325 (106 fe) mg	$0 (Nivel 3)	DP
FERREX 150 ORAL CAPSULE 150 MG	$0 (Nivel 3)	DP
ferric x-150 oral capsule 150 mg	$0 (Nivel 3)	DP
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML	$0 (Nivel 3)	DP
ferrous fumarate oral tablet 29 mg, 324 (106 fe) mg	$0 (Nivel 3)	DP
ferrous gluconate oral tablet 240 (27 fe) mg, 324 (37.5 fe) mg, 324 (38 fe) mg	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ferrous sulfate oral solution 220 (44 fe) mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg	$0 (Nivel 3)	DP
ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 (65 fe) mg, 325 (65 fe) mg	$0 (Nivel 3)	DP
FOLITAB 500 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 105-500-0.8 MG	$0 (Nivel 3)	DP
FOLIVANE-F ORAL CAPSULE 125-1 MG	$0 (Nivel 3)	DP
FOLIVANE-PLUS ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
FUSION ORAL CAPSULE 65-65-25-30 MG	$0 (Nivel 3)	DP
FUSION PLUS ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
gnp iron oral tablet extended release 45 mg	$0 (Nivel 3)	DP
HEMATEX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	$0 (Nivel 3)	DP
hematinic/folic acid oral tablet 324-1 mg	$0 (Nivel 3)	DP
HEMATOGEN FA ORAL CAPSULE 200-250-0.01-1 MG	$0 (Nivel 3)	DP
HEMOCYTE PLUS ORAL CAPSULE 106-1 MG	$0 (Nivel 3)	DP
INFED INJECTION SOLUTION 50 MG/ML	$0 (Nivel 3)	DP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML	$0 (Nivel 3)	DP
INTEGRA F ORAL CAPSULE 125-1 MG	$0 (Nivel 3)	DP
INTEGRA ORAL CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG	$0 (Nivel 3)	DP
INTEGRA PLUS ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
iron 27 oral tablet 240 (27 fe) mg	$0 (Nivel 3)	DP
iron chews pediatric oral tablet chewable 15 mg	$0 (Nivel 3)	DP
iron high-potency oral tablet 325 mg	$0 (Nivel 3)	DP
iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg, 90 (18 fe) mg	$0 (Nivel 3)	DP
iron slow release oral tablet extended release 45 mg	$0 (Nivel 3)	DP
iron supplement oral solution 220 (44 fe) mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
IRON UP ORAL LIQUID 15 MG/0.5ML	$0 (Nivel 3)	DP
kp ferrous gluconate oral tablet 324 (37.5 fe) mg	$0 (Nivel 3)	DP
kp ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg	$0 (Nivel 3)	DP
MONOFERRIC INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/10ML	$0 (Nivel 3)	DP
MULTIGEN ORAL TABLET 70 MG	$0 (Nivel 3)	DP
MULTIGEN PLUS ORAL TABLET 50-101-1 MG	$0 (Nivel 3)	DP
na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution 12.5 mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
NEPHRON FA ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
NIFEREX ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NOVAFERRUM ORAL LIQUID 125 MG/5ML	$0 (Nivel 3)	DP
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS ORAL LIQUID 15 MG/ML	$0 (Nivel 3)	DP
NUFERA ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG	$0 (Nivel 3)	DP
POLY-IRON 150 ORAL CAPSULE 150 MG	$0 (Nivel 3)	DP
polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg	$0 (Nivel 3)	DP
polysaccharide-iron complex oral capsule 150 mg	$0 (Nivel 3)	DP
purevit dualfe plus oral capsule 162-115.2-1 mg	$0 (Nivel 3)	DP
px iron oral tablet 27 mg	$0 (Nivel 3)	DP
qc ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg	$0 (Nivel 3)	DP
ra high potency iron oral tablet 27 mg	$0 (Nivel 3)	DP
ra iron oral tablet 27 mg	$0 (Nivel 3)	DP
ra slow release iron oral tablet extended release 45 mg	$0 (Nivel 3)	DP
se-tan plus oral capsule 162-115.2-1 mg	$0 (Nivel 3)	DP
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45 MG	$0 (Nivel 3)	DP
slow iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg	$0 (Nivel 3)	DP
slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg, 45 mg, 47.5 mg, 50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm iron oral tablet 325 (65 fe) mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm iron slow release oral tablet extended release 160 (50 fe) mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm slow release dried iron oral tablet extended release 45 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm slow release iron oral tablet extended release 45 mg	$0 (Nivel 3)	DP
TANDEM ORAL CAPSULE 53-53 MG	$0 (Nivel 3)	DP
TANDEM PLUS ORAL CAPSULE 162-115.2-1 MG	$0 (Nivel 3)	DP
TRICON ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
TRIFERIC HEMODIALYSIS PACKET 272 MG	$0 (Nivel 3)	DP
trigels-f forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg	$0 (Nivel 3)	DP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	$0 (Nivel 3)	DP
VITRON-C ORAL TABLET 65-125 MG	$0 (Nivel 3)	DP
wee care oral suspension 15 mg/1.25ml	$0 (Nivel 3)	DP
Inhibidores De Agregación Plaquetaria		
aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg	$0 (Nivel 1)	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg	$0 (Nivel 1)	
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg	$0 (Nivel 2)	PA
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
OFTÁLMICOS		
Antialérgicos		
azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	
cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %	$0 (Nivel 1)	
NAPHCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	$0 (Nivel 3)	DP
OPCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.027-0.315 %	$0 (Nivel 3)	DP
ZERVIATE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	$0 (Nivel 2)	
Antiglaucoma		
betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %	$0 (Nivel 1)	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	$0 (Nivel 2)	
brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %	$0 (Nivel 1)	
brinzolamide ophthalmic suspension 1 %	$0 (Nivel 1)	
carteolol hcl ophthalmic solution 1 %	$0 (Nivel 1)	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	$0 (Nivel 2)	
dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %	$0 (Nivel 1)	
dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %	$0 (Nivel 1)	
latanoprost ophthalmic solution 0.005 %	$0 (Nivel 1)	
levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %	$0 (Nivel 1)	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	$0 (Nivel 2)	
pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %	$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)	
timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	$0 (Nivel 1)	
timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %	$0 (Nivel 1)	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	$0 (Nivel 2)	
Antiinfectivos/Antiinflamatorios		
bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %	$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1	$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1	$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1	$0 (Nivel 1)	
NEO-POLYCIN HC OPHTHALMIC OINTMENT 1 %	$0 (Nivel 1)	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %	$0 (Nivel 1)	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	$0 (Nivel 2)	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 %	$0 (Nivel 2)	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %	$0 (Nivel 1)	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	$0 (Nivel 2)	
Antiinfectivos		
bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm	$0 (Nivel 1)	
bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm	$0 (Nivel 1)	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	$0 (Nivel 2)	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	$0 (Nivel 2)	
ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %	$0 (Nivel 1)	
erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm	$0 (Nivel 1)	
gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %	$0 (Nivel 1)	
gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %	$0 (Nivel 1)	
moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %	$0 (Nivel 1)	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	$0 (Nivel 2)	
neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000	$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025	$0 (Nivel 1)	
NEO-POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 3.5-400-10000	$0 (Nivel 1)	
ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %	$0 (Nivel 1)	
POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 500-10000 UNIT/GM	$0 (Nivel 1)	
polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%	$0 (Nivel 1)	
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %	$0 (Nivel 1)	
sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %	$0 (Nivel 1)	
tobramycin ophthalmic solution 0.3 %	$0 (Nivel 1)	
trifluridine ophthalmic solution 1 %	$0 (Nivel 1)	
XDEMVY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	$0 (Nivel 2)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Antiinflamatorios		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %	$0 (Nivel 2)	
bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %, 0.075 %	$0 (Nivel 1)	
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	$0 (Nivel 2)	
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %	$0 (Nivel 1)	
diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %	$0 (Nivel 1)	
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	$0 (Nivel 2)	
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	$0 (Nivel 2)	
fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %	$0 (Nivel 1)	
flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %	$0 (Nivel 1)	
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %	$0 (Nivel 1)	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	$0 (Nivel 2)	
loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.2 %	$0 (Nivel 1)	
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	$0 (Nivel 1)	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %	$0 (Nivel 2)	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	$0 (Nivel 2)	
Diversos		
ALCON TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	$0 (Nivel 3)	DP
atropine sulfate solution 1 % ophthalmic	$0 (Nivel 1)	
atropine sulfate solution 1 % ophthalmic	$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 OPHTHALMIC GEL 0.3 %	$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS MODERATE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.2-0.3 %	$0 (Nivel 3)	DP
gnp artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
gnp lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %	$0 (Nivel 3)	DP
goodsense lubricating eye drop ophthalmic solution 0.5 %	$0 (Nivel 3)	DP
hm dry eye relief ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %	$0 (Nivel 3)	DP
hm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %	$0 (Nivel 3)	DP
lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %	$0 (Nivel 3)	DP
lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %	$0 (Nivel 3)	DP
lubricating tears eye drops ophthalmic solution 0.1-0.3 %	$0 (Nivel 3)	DP
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION 1.338 GM/ML	$0 (Nivel 2)	
MURO 128 OPHTHALMIC OINTMENT 5 %	$0 (Nivel 3)	DP
MURO 128 OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	$0 (Nivel 3)	DP
polyvinyl alcohol ophthalmic solution 1.4 %	$0 (Nivel 3)	DP
proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %	$0 (Nivel 1)	
REFRESH CELLUVISC OPHTHALMIC GEL 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH LIQUIGEL OPHTHALMIC GEL 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPHTHALMIC SOLUTION 1.4-0.6 %	$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE MEGA-3 OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE OPHTHALMIC GEL 1-0.9 %	$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH PLUS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH RELIEVA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	$0 (Nivel 3)	DP
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	$0 (Nivel 2)	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	$0 (Nivel 2)	
sm lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %	$0 (Nivel 3)	DP
sm lubricating plus ophthalmic solution 0.5 %	$0 (Nivel 3)	DP
sm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %	$0 (Nivel 3)	DP
sodium chloride (hypertonic) ophthalmic solution 5 %	$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE BALANCE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE COMPLETE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE OPHTHALMIC GEL 0.4-0.3 %	$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE PRESERVATIVE FREE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SYSTANE ULTRA OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ULTRA PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	$0 (Nivel 3)	DP
TYRVAYA NASAL SOLUTION 0.03 MG/ACT	$0 (Nivel 2)	
ultra lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %	$0 (Nivel 3)	DP
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	$0 (Nivel 2)	
ÓTICOS		
Agentes Óticos		
acetic acid otic solution 2 %	$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %	$0 (Nivel 1)	
FLAC OTIC OIL 0.01 %	$0 (Nivel 1)	
fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %	$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %	$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1	$0 (Nivel 1)	
ofloxacin otic solution 0.3 %	$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)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	$0 (Nivel 1)	B/D
ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %	$0 (Nivel 1)	
Antihistamínicos		
24hr allergy relief oral tablet 180 mg	$0 (Nivel 3)	DP
all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
all day allergy oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 3)	DP
all-day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
aller-chlor oral tablet 4 mg	$0 (Nivel 3)	DP
allergy 24-hr oral tablet 180 mg	$0 (Nivel 3)	DP
allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
allergy oral tablet 4 mg	$0 (Nivel 3)	DP
allergy rel child (loratadine) oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief childrens oral solution 1 mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief oral capsule 25 mg	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
allergy relief oral tablet 10 mg, 25 mg, 4 mg, 5 mg	$0 (Nivel 3)	DP
azelastine hcl nasal solution 0.1 %	$0 (Nivel 1)	
BANOPHEN ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	$0 (Nivel 3)	DP
BANOPHEN ORAL TABLET 25 MG	$0 (Nivel 3)	DP
cetirizine hcl allergy child oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
cetirizine hcl childrens alrgy oral solution 1 mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
cetirizine hcl childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	QL (300 ml cada 30 días)
cetirizine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 3)	DP
cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 3)	DP
childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
complete allergy medicine oral capsule 25 mg	$0 (Nivel 3)	DP
cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml	$0 (Nivel 2)	PA
cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg	$0 (Nivel 2)	PA
diphenhydramine hcl childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 3)	DP
ed chlorped jr oral syrup 2 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp all day allergy childrens oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
gnp all day allergy oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp allergy oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp allergy relief 24 hr oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp allergy relief max st oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
gnp allergy relief oral capsule 25 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp allergy relief oral tablet 180 mg, 25 mg, 4 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
gnp loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
gnp loratadine oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
gnp loratadine oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp loratadine oral tablet dispersible 10 mg	$0 (Nivel 3)	DP
goodsense all day allergy oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
goodsense all day allergy oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 3)	DP
goodsense aller-ease oral tablet 180 mg	$0 (Nivel 3)	DP
goodsense allergy relief oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
hm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
hm allergy relief (cetirizine) oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 3)	DP
hm allergy relief oral capsule 25 mg	$0 (Nivel 3)	DP
hm allergy relief oral tablet 180 mg, 4 mg	$0 (Nivel 3)	DP
hm cetirizine hcl oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 3)	DP
hm loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
hm loratadine oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 3)	DP
hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	$0 (Nivel 2)	PA
hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml	$0 (Nivel 2)	PA
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 2)	PA
hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 2)	PA
levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	QL (300 ml cada 30 días)
levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
liquid allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg	$0 (Nivel 3)	DP
loratadine oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
loratadine oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 3)	DP
m-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
pharbedryl oral capsule 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
qc all day allergy oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 3)	DP
qc allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
qc childrens allergy oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
qc loratadine allergy relief oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 3)	DP
siladryl allergy oral liquid 12.5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
sm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
sm all day allergy oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
sm allergy relief oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
sm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm loratadine oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
sm loratadine oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 3)	DP
Beta Agonistas		
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)	$0 (Nivel 1)	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
albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml	$0 (Nivel 1)	B/D
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml	$0 (Nivel 1)	B/D
levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act	$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)
terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	$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)
ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml	$0 (Nivel 1)	B/D
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	$0 (Nivel 2)	QL (60 blísteres cada 30 días)
Combinaciones De Esteroides/Beta Agonistas		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT	$0 (Nivel 2)	QL (3 inhaladores cada 30 días)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	$0 (Nivel 2)	QL (60 blísteres cada 30 días)
BREYNA INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 inhaladores cada 30 días)
budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act	$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 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
DULERA INHALATION AEROSOL 100-5 MCG/ACT, 200-5 MCG/ACT, 50-5 MCG/ACT	$0 (Nivel 2)	QL (3 inhaladores cada 30 días)
fluticasone-salmeterol 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)
WIXELA INHUB INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	$0 (Nivel 1)	QL (60 inhalaciones cada 30 días)
Diversos		
acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %	$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	$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
cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml	$0 (Nivel 1)	B/D
cromolyn sodium nasal aerosol solution 5.2 mg/act	$0 (Nivel 3)	DP
EASIVENT	$0 (Nivel 3)	DP
EASIVENT MASK LARGE	$0 (Nivel 3)	DP
EASIVENT MASK MEDIUM	$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
EASIVENT MASK SMALL	$0 (Nivel 3)	DP
epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml	$0 (Nivel 1)	
epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml	$0 (Nivel 1)	
eq space chamber anti-static device	$0 (Nivel 3)	DP
eq space chamber anti-static l device	$0 (Nivel 3)	DP
eq space chamber anti-static m device	$0 (Nivel 3)	DP
eq space chamber anti-static s device	$0 (Nivel 3)	DP
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	$0 (Nivel 2)	PA; LA; NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 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
neti pot sinus wash nasal kit 2300-700 mg	$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
pirfenidone oral capsule 267 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (270 cápsulas cada 30 días); NDS
pirfenidone oral tablet 267 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (270 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
pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg	$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
pro comfort spacer adult	$0 (Nivel 3)	DP
pro comfort spacer child	$0 (Nivel 3)	DP
pro comfort spacer infant device	$0 (Nivel 3)	DP
procare spacer/adult mask device	$0 (Nivel 3)	DP
procare spacer/child mask device	$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
pure comfort spacer chamber device	$0 (Nivel 3)	DP
RITEFLO DEVICE	$0 (Nivel 3)	DP
roflumilast oral tablet 250 mcg	$0 (Nivel 1)	QL (56 tabletas cada año)
roflumilast oral tablet 500 mcg	$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
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg	$0 (Nivel 1)	
theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg	$0 (Nivel 1)	
theophylline oral elixir 80 mg/15ml	$0 (Nivel 1)	
theophylline oral solution 80 mg/15ml	$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		
flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)	$0 (Nivel 1)	QL (3 botellas cada 30 días)
fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act	$0 (Nivel 1)	QL (1 botella 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
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION 93 MCG/ACT	$0 (Nivel 2)	PA; QL (32 ml cada 30 días)
Inhalantes Esteroides		
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 160 MCG/ACT	$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 80 MCG/ACT	$0 (Nivel 2)	QL (3 inhaladores cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	$0 (Nivel 2)	QL (30 inhalaciones cada 30 días)
budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml	$0 (Nivel 1)	B/D
Moduladores De Leucotrieno		
montelukast sodium oral packet 4 mg	$0 (Nivel 1)	
montelukast sodium oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	
montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg	$0 (Nivel 1)	
Tos Y Resfriado		
12 hour decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg	$0 (Nivel 3)	DP
12 hour nasal decongestant nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 3)	DP
12 hour nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg	$0 (Nivel 3)	DP
12 hour nasal spray nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 3)	DP
all day allergy d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief d-12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief d-24 oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 3)	DP
allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	$0 (Nivel 3)	DP
allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	$0 (Nivel 3)	DP
aquanaz oral tablet 10-15-400 mg	$0 (Nivel 3)	DP
BENZEDREX NASAL INHALER	$0 (Nivel 3)	DP
benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg	$0 (Nivel 3)	DP
capcof oral syrup 5-2-10 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

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

LEYENDA

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

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

LEYENDA

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

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

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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 SINUS-MAX CLEAR & COOL NASAL SOLUTION 0.05 %	$0 (Nivel 3)	DP
mucus & chest congestion oral liquid 100 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
mucus relief childrens oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
mucus relief cough childrens oral liquid 5-100 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
mucus relief dm max oral liquid 20-400 mg/20ml	$0 (Nivel 3)	DP
mucus relief dm oral liquid 20-400 mg/20ml	$0 (Nivel 3)	DP
mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg	$0 (Nivel 3)	DP
mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 600 mg	$0 (Nivel 3)	DP
mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	$0 (Nivel 3)	DP
mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg	$0 (Nivel 3)	DP
nasal decongestant oral tablet 30 mg	$0 (Nivel 3)	DP
nasal decongestant pe oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 3)	DP
nasal decongestant spray nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 3)	DP
nasal four nasal solution 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
nasal relief nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 3)	DP
nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 3)	DP
nasal spray extra moisturizing nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 3)	DP
NINJACOF-XG ORAL LIQUID 200-8 MG/5ML	$0 (Nivel 3)	DP
NIVANEX DMX ORAL TABLET 10-15-380 MG	$0 (Nivel 3)	DP
no drip nasal spray nasal solution 0.05 %	$0 (Nivel 3)	DP
nohist-dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
phenylephrine-dm-gg oral liquid 10-18-200 mg/15ml	$0 (Nivel 3)	DP
phenylephrine-dm-gg oral tablet 10-17.5-385 mg	$0 (Nivel 3)	DP
poly-tussin ac oral liquid 10-4-10 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
POLY-VENT IR ORAL TABLET 60-380 MG	$0 (Nivel 3)	DP
promethazine vc/codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
promethazine-codeine oral solution 6.25-10 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
pseudoeph-bromphen-dm oral syrup 30-2-10 mg/5ml	$0 (Nivel 3)	DP
pseudoephedrine hcl er oral tablet extended release 12 hour 120 mg	$0 (Nivel 3)	DP
pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	$0 (Nivel 3)	DP
qc loratadine-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

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

LEYENDA

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

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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	$0 (Nivel 1)	
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg	$0 (Nivel 1)	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
carbamazepine oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg	$0 (Nivel 1)	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	$0 (Nivel 1)	PA; QL (480 ml cada 30 días)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
clonazepam oral tablet 2 mg	$0 (Nivel 1)	QL (300 tabletas cada 30 días)
clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
clonazepam oral tablet dispersible 2 mg	$0 (Nivel 1)	QL (300 tabletas cada 30 días)
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg	$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)
diazepam oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	PA; QL (1200 ml cada 30 días)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg	$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)	
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg	$0 (Nivel 1)	
divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 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
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)
ethosuximide oral capsule 250 mg	$0 (Nivel 1)	
ethosuximide oral solution 250 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
felbamate oral suspension 600 mg/5ml	$0 (Nivel 2)	NDS
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	$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)
gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg	$0 (Nivel 1)	QL (180 cápsulas cada 30 días)
gabapentin oral solution 250 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	QL (2160 ml cada 30 días)
gabapentin oral tablet 600 mg	$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
gabapentin oral tablet 800 mg	$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
lacosamide oral solution 10 mg/ml	$0 (Nivel 1)	QL (1200 ml cada 30 días)
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
lacosamide oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	$0 (Nivel 1)	
lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg	$0 (Nivel 1)	
levetiracetam oral solution 100 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	$0 (Nivel 1)	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	$0 (Nivel 2)	
methsuximide oral capsule 300 mg	$0 (Nivel 1)	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	$0 (Nivel 2)	
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	$0 (Nivel 1)	
phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml	$0 (Nivel 2)	PA; QL (1500 ml cada 30 días)
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	$0 (Nivel 1)	
phenytoin oral suspension 125 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
phenytoin oral tablet chewable 50 mg	$0 (Nivel 1)	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg	$0 (Nivel 1)	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días)
pregabalin oral capsule 200 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
pregabalin oral solution 20 mg/ml	$0 (Nivel 1)	PA; QL (900 ml cada 30 días)
primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	$0 (Nivel 1)	
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	$0 (Nivel 2)	PA; QL (2400 ml cada 30 días); NDS
rufinamide oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (480 tabletas cada 30 días)
rufinamide oral tablet 400 mg	$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
tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	
topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg	$0 (Nivel 1)	
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
valproic acid oral capsule 250 mg	$0 (Nivel 1)	
valproic acid oral solution 250 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	$0 (Nivel 2)	
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	$0 (Nivel 2)	
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	$0 (Nivel 2)	
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	$0 (Nivel 2)	
vigabatrin oral packet 500 mg	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (180 paquetes 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
vigabatrin oral tablet 500 mg	$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
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (900 ml 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, 25 MG, 50 MG	$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	$0 (Nivel 2)	QL (28 tabletas cada 28 días)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 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
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (1100 ml cada 30 días); NDS
Agentes Antiparkinsonianos		
amantadine hcl oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
amantadine hcl oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	
benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	$0 (Nivel 2)	PA
bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg	$0 (Nivel 1)	
bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg	$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	$0 (Nivel 1)	
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	$0 (Nivel 1)	
entacapone oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
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)	
pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	$0 (Nivel 1)	
rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
selegiline hcl oral capsule 5 mg	$0 (Nivel 1)	
selegiline hcl oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 1)	
trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml	$0 (Nivel 2)	PA
trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg	$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
dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 jeringas cada 30 días); NDS
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml	$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		
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg	$0 (Nivel 1)	
baclofen oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
carisoprodol oral tablet 350 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
methocarbamol oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (360 tabletas cada 30 días)
methocarbamol oral tablet 750 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 tabletas cada 30 días)
tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 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
Ansiolíticos		
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	$0 (Nivel 1)	
fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	$0 (Nivel 1)	QL (150 ml cada 30 días)
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	$0 (Nivel 1)	QL (150 ml cada 30 días)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
Antidemencia		
donepezil hcl oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	
donepezil hcl oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg	$0 (Nivel 1)	
donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml	$0 (Nivel 1)	QL (200 ml cada 30 días)
galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	$0 (Nivel 1)	PA
memantine hcl oral solution 2 mg/ml	$0 (Nivel 1)	PA
memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	PA
memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg	$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)	
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr	$0 (Nivel 1)	QL (30 parches cada 30 días)
Antidepresivos		
amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	$0 (Nivel 2)	
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 2)	
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 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
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	$0 (Nivel 1)	
citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	$0 (Nivel 1)	
clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	$0 (Nivel 2)	PA
desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	$0 (Nivel 2)	
desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	$0 (Nivel 2)	
doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml	$0 (Nivel 2)	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg	$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
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	$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)
fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	$0 (Nivel 1)	
fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 2)	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	$0 (Nivel 2)	QL (180 tabletas cada 30 días)
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg	$0 (Nivel 1)	
mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg	$0 (Nivel 1)	
nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	$0 (Nivel 2)	
nortriptyline hcl oral solution 10 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
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml	$0 (Nivel 2)	PA; QL (900 ml cada 30 días)
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	$0 (Nivel 2)	
phenelzine sulfate oral tablet 15 mg	$0 (Nivel 1)	
protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 2)	
sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg	$0 (Nivel 1)	
trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
trimipramine maleate oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 2)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg	$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)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg	$0 (Nivel 1)	
venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	$0 (Nivel 1)	
vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	$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
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días)
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg	$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
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	$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
chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml	$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
chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
clozapine oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	QL (270 tabletas cada 30 días)
clozapine oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
clozapine oral tablet dispersible 100 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (270 tabletas cada 30 días)
clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg	$0 (Nivel 1)	PA
clozapine oral tablet dispersible 150 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días)
clozapine oral tablet dispersible 200 mg	$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)
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	$0 (Nivel 1)	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	$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
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	
lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg	$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
lurasidone hcl oral tablet 80 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg	$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
olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg	$0 (Nivel 1)	QL (3 frascos cada 1 día)
olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	$0 (Nivel 1)	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 30 días); NDS
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg	$0 (Nivel 1)	
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
quetiapine fumarate oral tablet 25 mg	$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg	$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
risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg	$0 (Nivel 1)	QL (2 inyecciones cada 28 días)
risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg	$0 (Nivel 2)	QL (2 inyecciones cada 28 días); NDS
risperidone oral solution 1 mg/ml	$0 (Nivel 1)	QL (240 ml cada 30 días)
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	$0 (Nivel 1)	
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
risperidone oral tablet dispersible 4 mg	$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
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	$0 (Nivel 2)	QL (2 paquetes cada año)
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-dextroamphet er 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 18 MG, 24 MG	$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG, 6 & 12 & 24 MG	$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año); NDS
lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg	$0 (Nivel 1)	
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg	$0 (Nivel 1)	
lithium carbonate oral tablet 300 mg	$0 (Nivel 1)	
lithium oral solution 8 meq/5ml	$0 (Nivel 1)	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	$0 (Nivel 1)	
riluzole oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 1)	
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
tetrabenazine oral tablet 25 mg	$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)
doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg	$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
tasimelteon oral capsule 20 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
temazepam oral capsule 15 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
zaleplon oral capsule 10 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
zaleplon oral capsule 5 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Migraña		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 30 días)
dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml	$0 (Nivel 2)	NDS
dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml	$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 ml cada 30 días); NDS
ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (40 tabletas cada 28 días)
naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg	$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)
rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (18 tabletas cada 30 días)
rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg	$0 (Nivel 1)	QL (18 tabletas cada 30 días)
sumatriptan nasal solution 20 mg/act	$0 (Nivel 1)	QL (12 unidades cada 30 días)
sumatriptan nasal solution 5 mg/act	$0 (Nivel 1)	QL (24 unidades cada 30 días)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 1)	QL (12 tabletas cada 30 días)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml	$0 (Nivel 1)	QL (18 inyecciones cada 30 días)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml	$0 (Nivel 1)	QL (12 inyecciones cada 30 días)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml	$0 (Nivel 1)	QL (12 inyecciones cada 30 días)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml	$0 (Nivel 1)	QL (18 inyecciones cada 30 días)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml	$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		
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
armodafinil oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
modafinil oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
modafinil oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
sodium oxybate oral solution 500 mg/ml	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (540 ml cada 30 días); NDS
Non-Frf		
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	$0 (Nivel 2)	PA
diazepam injection solution 5 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
gabapentin oral solution 300 mg/6ml	$0 (Nivel 1)	QL (2160 ml cada 30 días)
lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml	$0 (Nivel 1)	
levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml	$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
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml	$0 (Nivel 1)	
phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml	$0 (Nivel 2)	PA
phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
Psicoterapéutico, Varios		
acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg	$0 (Nivel 1)	
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg	$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 hojas cada 30 días)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	$0 (Nivel 1)	QL (90 hojas cada 30 días)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg	$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg	$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 1)	
gnp nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp nicotine mouth/throat gum 4 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr	$0 (Nivel 3)	DP
gnp pain relief nighttime oral tablet 250-250-38 mg	$0 (Nivel 3)	DP
goodsense nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 3)	DP
goodsense nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 3)	DP
hm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 3)	DP
hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg	$0 (Nivel 3)	DP
hm nicotine transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr, 7 mg/24hr	$0 (Nivel 3)	DP
naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml	$0 (Nivel 1)	
naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml	$0 (Nivel 1)	
naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml, 2 mg/2ml	$0 (Nivel 1)	
naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml	$0 (Nivel 1)	
naltrexone hcl oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 1)	
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 14 MG/24HR	$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
nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 3)	DP
nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge 2 mg	$0 (Nivel 3)	DP
nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 3)	DP
nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 3)	DP
nicotine step 1 transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr	$0 (Nivel 3)	DP
nicotine step 2 transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr	$0 (Nivel 3)	DP
nicotine step 3 transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr	$0 (Nivel 3)	DP
nicotine transdermal kit 21-14-7 mg/24hr	$0 (Nivel 3)	DP
nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr	$0 (Nivel 3)	DP
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	$0 (Nivel 2)	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	$0 (Nivel 2)	
qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr	$0 (Nivel 3)	DP
sm nicotine mouth/throat gum 4 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm nicotine mouth/throat lozenge 2 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	$0 (Nivel 3)	DP
varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42	$0 (Nivel 1)	PA; QL (2 paquetes cada año)
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)	$0 (Nivel 1)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	$0 (Nivel 2)	NDS
SUPLEMENTOS NUTRICIONALES		
Diversos		
co q 10 oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
co q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg	$0 (Nivel 3)	DP
co q10 oral capsule 30 mg	$0 (Nivel 3)	DP
coenzyme q10 oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
co-enzyme q10 oral capsule 100 mg, 200 mg	$0 (Nivel 3)	DP
coenzyme q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 30 mg	$0 (Nivel 3)	DP
coq10 maximum strength oral capsule 400 mg	$0 (Nivel 3)	DP
coq10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 30 mg	$0 (Nivel 3)	DP
coq-10 oral capsule 100 mg, 30 mg, 400 mg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs coenzyme q-10 oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs coq-10 oral capsule 200 mg, 400 mg	$0 (Nivel 3)	DP
eql coq10 oral capsule 100 mg, 200 mg	$0 (Nivel 3)	DP
glutamine oral powder	$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
gnp co q-10 oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp co q10 oral capsule 100 mg, 200 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp melatonin maximum strength oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp melatonin oral tablet 3 mg	$0 (Nivel 3)	DP
kp melatonin oral tablet 3 mg	$0 (Nivel 3)	DP
melatonin maximum strength oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 3)	DP
melatonin oral liquid 1 mg/4ml, 2.5 mg/10ml	$0 (Nivel 3)	DP
melatonin oral tablet 1 mg, 3 mg, 300 mcg, 5 mg	$0 (Nivel 3)	DP
NEOQ10 ORAL CAPSULE 125 MG	$0 (Nivel 3)	DP
Q-SORB CO Q-10 ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	$0 (Nivel 3)	DP
ra coenzyme q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm co q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm coenzyme q-10 oral capsule 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
yl coenzyme q10 oral capsule 30 mg	$0 (Nivel 3)	DP
Electrolitos/Minerales, Inyectables		
dextrose 5%/electrolyte #48 intravenous solution	$0 (Nivel 2)	
dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %	$0 (Nivel 1)	
dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.2 %	$0 (Nivel 2)	
dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %	$0 (Nivel 1)	
dextrose-sodium chloride solution 2.5-0.45 % intravenous	$0 (Nivel 1)	
dextrose-sodium chloride solution 2.5-0.45 % intravenous	$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)	
kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%	$0 (Nivel 1)	
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-%-%	$0 (Nivel 1)	
kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-%-% intravenous	$0 (Nivel 1)	
kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-%-% intravenous	$0 (Nivel 2)	
lactated ringers intravenous solution	$0 (Nivel 1)	
magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gm/100ml-%	$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
magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)	$0 (Nivel 2)	
magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml	$0 (Nivel 2)	
multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution	$0 (Nivel 1)	
multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution	$0 (Nivel 1)	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	$0 (Nivel 2)	
potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous	$0 (Nivel 2)	
potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous	$0 (Nivel 2)	
potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous	$0 (Nivel 2)	
potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 20 meq/50ml, 40 meq/100ml	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride solution 10 meq/50ml intravenous	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride solution 10 meq/50ml intravenous	$0 (Nivel 2)	
potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l	$0 (Nivel 1)	
sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml	$0 (Nivel 1)	
sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %	$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)	

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	$0 (Nivel 1)	
m-natal plus oral tablet 27-1 mg	$0 (Nivel 2)	
potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride oral packet 20 meq	$0 (Nivel 1)	
potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)	$0 (Nivel 1)	
prenatal oral tablet 27-1 mg	$0 (Nivel 2)	
sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg	$0 (Nivel 1)	
Electrolitos		
ADVANTAGE CARE ELECTROLYTE PED ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
BIOLYTE ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
CERALYTE 70 ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
CERASPORT EX1 ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
CERASPORT ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
cvs electrolyte solution oral solution	$0 (Nivel 3)	DP
cvs ped electrolyte freeze pop oral solution	$0 (Nivel 3)	DP
cvs pediatric electrolyte oral solution	$0 (Nivel 3)	DP
ENFAMIL ENFALYTE ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
goodsense electrolyte oral solution	$0 (Nivel 3)	DP
h-e-b oral electrolyte oral solution	$0 (Nivel 3)	DP
HYDRALYTE ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
KINDERLYTE ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
KINDERLYTE PREMAX ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
oral electrolytes oral solution	$0 (Nivel 3)	DP
ORALYTE ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
ped electrolyte freeze pops oral solution	$0 (Nivel 3)	DP
ped electrolyte freezer pops oral solution	$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA VANCE ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE ADVANCED CARE ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE SINGLES ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
pediatric electrolyte oral solution	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ra pediatric electrolyte oral solution	$0 (Nivel 3)	DP
REHYDRALYTE ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
sb pediatric electrolyte oral solution	$0 (Nivel 3)	DP
sm pediatric electrolyte oral solution	$0 (Nivel 3)	DP
Minerales		
600+d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
cal-citrate plus vitamin d oral tablet 250-2.5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium + vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium 1000 + d oral tablet 1000-20 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium 1200 oral tablet chewable 1200-1000 mg-unit	$0 (Nivel 3)	DP
calcium 500 + d oral tablet 500-3.125 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium 500 + d3 oral tablet 500-15 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium 500/d oral tablet 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium 500/vitamin d oral tablet 500-3.125 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium 500+d high potency oral tablet 500-10 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium 500+d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium 500+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium 600 + d oral tablet 600-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium 600 high potency oral tablet 600 mg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg, 600 mg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium 600/vitamin d oral tablet chewable 600-10 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium 600/vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium 600+d high potency oral tablet 600-10 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium 600+d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg, 600-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium 600+d3 plus minerals oral tablet 600-800 mg-unit	$0 (Nivel 3)	DP
calcium carb-cholecalciferol oral tablet 500-10 mg-mcg, 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg, 600-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium carb-cholecalciferol oral tablet chewable 500-10 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium carbonate oral powder 800 mg/2gm	$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
calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg, 1500 (600 ca) mg, 600 mg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium carbonate oral tablet chewable 1250 (500 ca) mg, 260 mg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium carbonate powder	$0 (Nivel 3)	DP
calcium citrate + d oral tablet 250-5 mg-mcg, 315-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium citrate + d3 maximum oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium citrate + d3 oral tablet 200-6.25 mg-mcg, 315-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium citrate oral tablet 250 mg, 950 (200 ca) mg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium citrate-vitamin d oral tablet 200-3.125 mg-mcg, 315-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium citrate-vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium creamies oral tablet chewable 600-10 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium gluconate oral capsule 50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium high potency oral tablet 1500 (600 ca) mg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium high potency/vitamin d oral tablet 600-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium lactate oral tablet 100 mg, 750 mg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium oral tablet chewable 500-2.5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium oyster shell oral tablet 1250 (500 ca) mg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium plus vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium plus vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-15 mg-mcg, 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg, 333-133-8.3 mg	$0 (Nivel 3)	DP
calcium-magnesium-zinc-d3 oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
calcium-vitamin d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
cal-mint oral tablet chewable 260 mg	$0 (Nivel 3)	DP
CALTRATE 600+D3 SOFT ORAL TABLET CHEWABLE 600-20 MG-MCG	$0 (Nivel 3)	DP
CALTRATE MINIS PLUS MINERALS ORAL TABLET 300-800 MG-UNIT	$0 (Nivel 3)	DP
chelated magnesium oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
CITRACAL MAXIMUM ORAL TABLET 315-6.25 MG-MCG	$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
CITRACAL PETITES/VITAMIN D ORAL TABLET 200-6.25 MG-MCG	$0 (Nivel 3)	DP
citrus calcium/vitamin d oral tablet 200-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs calcium + d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs calcium 600 & vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs calcium 600 + d/minerals oral tablet 600-800 mg-unit	$0 (Nivel 3)	DP
cvs calcium 600+d oral tablet 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs magnesium oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs magnesium oxide oral tablet 250 mg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs oyster shell calcium-vit d oral tablet 500-3.125 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs zinc gluconate oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
eq calcium 500+d oral tablet 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
eq calcium 600+d oral tablet 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
eq calcium 600+d+minerals oral tablet 600-800 mg-unit	$0 (Nivel 3)	DP
eq calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
eql calcium citrate/vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
eql calcium citrate/vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
eql calcium/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
eql calcium/vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
fluoritab oral solution 0.275 (0.125 f) mg/drop	$0 (Nivel 3)	DP
gnp calcium 500 +d3 oral tablet 500-15 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp calcium 600 +d/minerals oral tablet 600-800 mg-unit	$0 (Nivel 3)	DP
gnp calcium 600 +d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp calcium citrate +d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg	$0 (Nivel 3)	DP
hm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
kp calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
kp calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
kp calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
kp mag-oxide magnesium oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 3)	DP
MAG64 ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	$0 (Nivel 3)	DP
MAGDELAY ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	$0 (Nivel 3)	DP
mag-g oral tablet 500 (27 mg) mg	$0 (Nivel 3)	DP
MAGNEBIND 300 ORAL TABLET 250-300 MG	$0 (Nivel 3)	DP
MAGNEBIND 400 ORAL TABLET 80-115 MG	$0 (Nivel 3)	DP
magnesium gluconate oral tablet 250 mg, 27.5 mg, 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
magnesium lactate oral tablet extended release 84 mg (7meq)	$0 (Nivel 3)	DP
magnesium oral tablet 200 mg	$0 (Nivel 3)	DP
magnesium oxide -mg supplement oral tablet 400 (240 mg) mg, 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
magnesium oxide -mg supplement oral tablet chewable 200 mg	$0 (Nivel 3)	DP
magnesium oxide -mg supplement tablet 250 mg oral	$0 (Nivel 3)	DP
MAGNESIUM-OXIDE ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	$0 (Nivel 3)	DP
MAGOX 400 ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	$0 (Nivel 3)	DP
MAG-OXIDE ORAL TABLET 200 MG	$0 (Nivel 3)	DP
manganese chloride intravenous solution 0.1 mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
mgo oral tablet 400 (240 mg) mg	$0 (Nivel 3)	DP
NU-MAG ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG	$0 (Nivel 3)	DP
ORAZINC ORAL CAPSULE 220 (50 ZN) MG	$0 (Nivel 3)	DP
ORAZINC ORAL TABLET 110 MG	$0 (Nivel 3)	DP
OS-CAL CALCIUM + D3 ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	$0 (Nivel 3)	DP
OS-CAL EXTRA D3 ORAL TABLET 500-15 MG-MCG	$0 (Nivel 3)	DP
OS-CAL ORAL TABLET CHEWABLE 500-15 MG-MCG	$0 (Nivel 3)	DP
OYSCO 500+D ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	$0 (Nivel 3)	DP
oyster shell calcium + d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
oyster shell calcium + d3 oral tablet 500-10 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
oyster shell calcium oral tablet 500 mg, 500-10 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
oyster shell calcium plus d oral tablet 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
oyster shell calcium w/d oral tablet 500-5 mg-mcg	$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
oyster shell calcium/d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
oyster shell calcium/d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
oyster shell calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
PRONUTRIENTS CALCIUM+D3 ORAL TABLET 600-20 MG-MCG	$0 (Nivel 3)	DP
pure calcium carbonate oral tablet 1500 (600 ca) mg	$0 (Nivel 3)	DP
px calcium&d oral tablet 600-10 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
qc calcium fast dissolution oral tablet 1500 (600 ca) mg	$0 (Nivel 3)	DP
ra calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg	$0 (Nivel 3)	DP
ra calcium 600/vitamin d-3 oral tablet 600-10 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
ra calcium cit plus vit d-3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
ra calcium citrate plus vit d oral tablet 315-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
ra calcium cit-vit d-3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
ra calcium plus vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
RA HI CAL ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	$0 (Nivel 3)	DP
ra natural magnesium oral tablet 250 mg	$0 (Nivel 3)	DP
ra zinc oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sb calcium + d oral tablet 600-5 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
sb oyster shell calcium oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm calcium 500/vitamin d3 oral tablet 500-10 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
sm calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
sm calcium 600+d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
sm calcium citrate+/vit d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
sm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
sm calcium citrate+vit d3 max oral tablet 315-6.25 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
sm calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-20 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
sm calcium/vitamin d3 oral tablet 600-800 mg-unit	$0 (Nivel 3)	DP
sm calcium-vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
sm magnesium oxide oral tablet 250 mg	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
sm oyster shell calcium/vit d oral tablet 500-10 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
sm oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 500-10 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
sm zinc gluconate oral tablet 50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sodium fluoride oral solution 1.1 (0.5 f) mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
sodium phosphates intravenous solution 45 mmole/15ml	$0 (Nivel 3)	DP
super calcium 600 + d 400 oral tablet 600-10 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
super calcium 600 + d3 oral tablet 600-10 mg-mcg	$0 (Nivel 3)	DP
super calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg	$0 (Nivel 3)	DP
ZINC 15 ORAL TABLET 66 MG	$0 (Nivel 3)	DP
zinc gluconate oral tablet 100 mg, 30 mg, 50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
zinc oral capsule 220 (50 zn) mg	$0 (Nivel 3)	DP
zinc oral tablet 30 mg, 50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
zinc sulfate oral capsule 220 (50 zn) mg	$0 (Nivel 3)	DP
zinc sulfate oral tablet 220 (50 zn) mg	$0 (Nivel 3)	DP
Nutrición Iv		
chromic chloride intravenous solution 40 mcg/10ml	$0 (Nivel 3)	DP
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	$0 (Nivel 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	$0 (Nivel 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	$0 (Nivel 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	$0 (Nivel 2)	B/D
clinimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %	$0 (Nivel 2)	B/D
clinimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %	$0 (Nivel 2)	B/D
clinimix/dextrose (8/14) intravenous solution 8 %	$0 (Nivel 2)	B/D
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	$0 (Nivel 1)	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	$0 (Nivel 2)	B/D
cupric chloride intravenous solution 0.4 mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
dextrose intravenous solution 10 %, 5 %	$0 (Nivel 1)	
dextrose intravenous solution 50 %, 70 %	$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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
selenious acid intravenous solution 60 mcg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION 300-55-60-3000 MCG/ML	$0 (Nivel 3)	DP
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	$0 (Nivel 2)	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	$0 (Nivel 2)	B/D
zinc chloride intravenous solution 1 mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
Vitaminas		
50+ adult eye health oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
a thru z select oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
a-10000 oral capsule 3 mg (10000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
a-25 oral capsule 7.5 mg (25000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
acerola c-500 oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
ACTIVNUTRIENTS ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
ADEK GUMMIES PLUS ZN ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
adult one daily gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
ADVANCED MULTI EA ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE+GOOD REST ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE+NATURAL ENERGY ORAL LIQUID	$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE+PROBIOTIC ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE MULTI-VITAMIN ORAL LIQUID	$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ GUMMY ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS GUMMY ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
ALLBEE/C ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
AMLADEX ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
antioxidant oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
anti-oxidant oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
APPE-CURB ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
AQUA-E ORAL LIQUID 50.25 MG/ML (75 UT/ML)	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
AQUASOL A INTRAMUSCULAR SOLUTION 50000 UNIT/ML	$0 (Nivel 3)	DP
aqueous vitamin d oral liquid 10 mcg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
ascorbic acid injection solution 500 mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
ascorbic acid oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
b complex (folic acid) oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
b complex oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
b complex vitamins oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
b complex-c oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
b complex-c-folic acid oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
b-1 oral tablet 100 mg, 250 mg	$0 (Nivel 3)	DP
b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 2000 mcg, 50 mcg, 500 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
b-12 oral tablet extended release 1000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
b6 natural oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
b-6 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
baby super daily d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml	$0 (Nivel 3)	DP
baby vitamin d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml	$0 (Nivel 3)	DP
balance b-50 oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
bariatric multivitamins/iron oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
b-complex (folic acid) oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
b-complex balanced oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
b-complex/b-12 oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
b-complex/vitamin c oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
b-complex-c (w/folic acid) oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
b-complex-c oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
better b complex oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
BIO-35 GLUTEN-FREE ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
biocal oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
BIO-D-MULSION FORTE ORAL LIQUID 50 MCG/0.04ML	$0 (Nivel 3)	DP
BIO-D-MULSION ORAL LIQUID 10 MCG/0.04ML	$0 (Nivel 3)	DP
biotin maximum strength oral capsule 5000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
biotin oral capsule 1 mg, 10 mg, 5 mg, 5000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
biotin oral tablet 1000 mcg, 5 mg	$0 (Nivel 3)	DP
body/hair/skin/nails oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
bp vit 3 oral capsule 1 mg	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
BPROTECTED MULTI-VITE ORAL LIQUID	$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED PEDIA D-VITE ORAL LIQUID 10 MCG/ML	$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE ORAL SOLUTION 10 MG/ML	$0 (Nivel 3)	DP
c 1000 oral tablet 1000 mg	$0 (Nivel 3)	DP
c 500 oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
c-1000 oral tablet 1000 mg	$0 (Nivel 3)	DP
c-1000 oral tablet extended release 1000 mg	$0 (Nivel 3)	DP
c-1000/rose hips oral tablet 1000 mg	$0 (Nivel 3)	DP
c-250 oral tablet 250 mg	$0 (Nivel 3)	DP
c-500 oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
c-500 oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
c-500 oral tablet extended release 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
c-500/rose hips oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
c-chewable oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM ORAL LIQUID	$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
CEROVITE JR ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	$0 (Nivel 3)	DP
childrens animal shapes oral tablet chewable 18 mg	$0 (Nivel 3)	DP
childrens chew multivitamin oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
childrens chewable vitamins oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
childrens gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
classic prenatal oral tablet 28-0.8 mg	$0 (Nivel 3)	DP
cod liver oil oral capsule 4000-200 unit	$0 (Nivel 3)	DP
cod liver oil w/vit a & d oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
complete multivitamin/mineral oral liquid	$0 (Nivel 3)	DP
CORVITA ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
CULTURELLE KIDS COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
cvs adult 50+ eye health oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
CVS AIRSHIELD ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
cvs b complex plus c oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
cvs b-1 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs b-12 oral tablet 500 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs b6 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs biotin high potency oral tablet 1000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs biotin oral capsule 10 mg, 5000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs chewable c with rose hips oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs chewable childrens vitamin oral tablet chewable 18 mg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs childrens complete oral tablet chewable 18 mg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
cvs daily gummies adult oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
cvs daily gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
cvs e oral capsule 90 mg (200 unit)	$0 (Nivel 3)	DP
cvs eye health adult 50+ oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
cvs folic acid oral tablet 800 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs gummy dinos oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
cvs gummy multivitamin kids oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
cvs mens daily gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
cvs spectravite adult 50+ oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
cvs super b complex/c oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
cvs vision health oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
cvs vitamin b12 oral tablet 1000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs vitamin b-12 oral tablet extended release 2000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
cvs vitamin d3 oral capsule 250 mcg (10000 ut)	$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
cvs vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
cvs womens daily gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
d 10000 oral capsule 250 mcg (10000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
d 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
d-1000 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
d2000 ultra strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
d3 2000 oral capsule 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
d3 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
d3 baby drops oral liquid 10 mcg /0.025ml	$0 (Nivel 3)	DP
d3 high potency oral capsule 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
d3 high potency oral tablet 10 mcg (400 unit)	$0 (Nivel 3)	DP
d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
d3 oral tablet 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
d3-1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
d3-1000 oral tablet 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
d-3-5 oral capsule 125 mcg (5000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)	$0 (Nivel 3)	DP
d-5000 oral tablet 125 mcg (5000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
daily multiple vitamins oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
daily multivitamin oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
daily value multivitamin oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
daily vitamins oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
daily vite multivitamin/iron oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
daily vite oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
daily vites oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
daily-vite multivitamin oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
daily-vite oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
DDROPS ORAL LIQUID 25 MCG /0.028ML, 50 MCG /0.028ML	$0 (Nivel 3)	DP
DECARA ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT), 625 MCG (25000 UT)	$0 (Nivel 3)	DP
DECUBI-VITE ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
dekas bariatric oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
DEKAS PLUS OCEAN ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
DEKAS PLUS ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
DEKAS PLUS ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
delta d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)	$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 3000 ORAL TABLET 3 MG	$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 5000 ORAL TABLET 5 MG	$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 800 ORAL TABLET 0.8 MG	$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 800/ZINC ORAL TABLET 0.8 MG	$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 800-ZINC 15 ORAL TABLET 0.8 MG	$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE SUPREME D ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE VITAMIN D 5000 ORAL CAPSULE 125 MCG (5000 UT)	$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE/ZINC ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
DRISDOL ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	$0 (Nivel 3)	DP
DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
D-VI-SOL ORAL LIQUID 10 MCG/ML	$0 (Nivel 3)	DP
d-vite pediatric oral liquid 10 mcg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
e 1000 oral capsule 450 mg (1000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
e200 oral capsule 90 mg (200 unit)	$0 (Nivel 3)	DP
e-200 oral capsule 90 mg (200 unit)	$0 (Nivel 3)	DP
ELDERTONIC ORAL LIQUID	$0 (Nivel 3)	DP
ELFOLATE PLUS ORAL TABLET 3-35-2 MG	$0 (Nivel 3)	DP
EMERGEN-C VITAMIN C ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
ENDUR-ACIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG	$0 (Nivel 3)	DP
ENDUR-C ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG, 500 MG	$0 (Nivel 3)	DP
eq complete multivitamin child oral tablet chewable 18 mg	$0 (Nivel 3)	DP
eq multivitamin gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
eql b complex 50 oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
eql b-6 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
eql child multivit/minerals oral tablet chewable 18 mg	$0 (Nivel 3)	DP
eql super b complex/vitamin c oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
eql vitamin b-12 oral tablet 500 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
eql vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
eql vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
eql vitamin d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
eql vitamin e oral capsule 400 unit	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ergocalciferol oral capsule 1.25 mg (50000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
ergocalciferol oral solution 200 mcg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
ESTER-C ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
eye multivitamin oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
eye multivitamin/lutein oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
fabb oral tablet 2.2-25-1 mg	$0 (Nivel 3)	DP
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE , 18 MG	$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES BONE BUILD ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES-IMMUNITY ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES PLUS CALCIUM ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES SOUR GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES W/IRON ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES/MY FIRST ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML	$0 (Nivel 3)	DP
folagent dha oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
folamed dha oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
folate oral tablet 400 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
folbee oral tablet 2.5-25-1 mg	$0 (Nivel 3)	DP
folbee plus oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
folic acid injection solution 5 mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg, 800 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
folite oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
FOLIXAPURE ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	$0 (Nivel 3)	DP
folplex 2.2 oral tablet 2.2-25-0.5 mg	$0 (Nivel 3)	DP
FOLTABS 800 ORAL TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG	$0 (Nivel 3)	DP
FOLTANX ORAL TABLET 3-35-2 MG	$0 (Nivel 3)	DP
FOLTRATE ORAL TABLET 500-1 MCG-MG	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
FOLTREXYL ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	$0 (Nivel 3)	DP
fruit c 500 oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
fruit c oral tablet chewable 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
fruity c oral tablet chewable 250 mg	$0 (Nivel 3)	DP
fruity chews oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
full spectrum b/vitamin c oral tablet 0.8 mg	$0 (Nivel 3)	DP
genadek step 1 oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
genadek step 2 oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
GERBER GROW MIGHTY ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
GERBER LIL' BRAINIES ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
GERITOL COMPLETE ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
glucoten oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
gnp biotin oral capsule 5000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp childrens chewables/ex c oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
gnp d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
gnp essential one daily oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
gnp folic acid oral tablet 400 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp little ones childrens oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
gnp prenatal oral tablet 28-0.8 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin b-1 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin b-12 oral tablet 500 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin b-12 oral tablet extended release 1000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin b-6 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin c oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin c oral tablet extended release 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin c w/rose hips oral tablet 500-37 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg	$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin d maximum strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin d super strength oral tablet 125 mcg (5000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin d3 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)	$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
gnp vitamin d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)	$0 (Nivel 3)	DP
gnp vitamin e oral capsule 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)	$0 (Nivel 3)	DP
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/MIN ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
hair skin nails oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
hair/skin/nails oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
healthy eyes supervision 2 oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
healthy eyes/lutein-zeaxanthin oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
healthy hair/skin/nails oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
healthy kids gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
high potency multivitamin oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
hm biotin oral capsule 5000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
hm vitamin b-12 oral tablet 500 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
hm vitamin c oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
HONEY BEARS W/IRON-ZINC ORAL TABLET CHEWABLE 30-200-3	$0 (Nivel 3)	DP
hydroxocobalamin acetate intramuscular solution 1000 mcg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE	$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
immune support oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
IMMUNERX ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
IS-D 10,000 ORAL CAPSULE 250 MCG (10000 UT)	$0 (Nivel 3)	DP
just 4 kidz multivit/probiotic oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
kobee oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
kp b complex-c oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
kp folic acid oral tablet 800 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
kp niacin oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
kp prenatal multivitamins oral tablet 28-0.8 mg	$0 (Nivel 3)	DP
kp vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
kp vitamin b-6 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
kp vitamin d oral capsule 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
kp vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
l-methylfolate calcium oral tablet 15 mg, 7.5 mg	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
l-methyl-mc oral tablet 6-1-50-5 mg	$0 (Nivel 3)	DP
LYSIPLEX PLUS ORAL LIQUID	$0 (Nivel 3)	DP
MACULAR HEALTH FORMULA ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
MAXIMUM D3 ORAL CAPSULE 325 MCG (13000 UT)	$0 (Nivel 3)	DP
meijer c oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
mens 50+ advanced oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
mens daily formula/lycopene oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
mens multivitamin oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
MERIBIN ORAL CAPSULE 5 MG	$0 (Nivel 3)	DP
METAFOLBIC PLUS ORAL TABLET 6-2-600 MG	$0 (Nivel 3)	DP
MOOD FOOD ES ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
multi + omega-3 adult gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
multi adult gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
multi for her 50+ oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
multi for her oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
multi vitamin oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
multi vitamin w/d-3 oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
multiple vitamins essential oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
multiple vitamins oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
multiple vitamins/iron oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
multipro oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
multi-vit/iron/fluoride oral solution 0.25-10 mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin & mineral oral liquid	$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin adult oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin childrens (w/ fa) oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin childrens gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin childrens oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin gummies adult oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin gummies mens oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
multi-vitamin gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin gummies womens oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin infant & toddler oral solution , 11 mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin oral liquid	$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
multi-vitamin oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml	$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
multi-vitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
multivitamin/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	$0 (Nivel 3)	DP
multi-vitamin/fluoride/iron oral solution 0.25-10 mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
multi-vitamin/iron oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
multivitamins plus iron child oral tablet chewable 18 mg	$0 (Nivel 3)	DP
multi-vite oral liquid	$0 (Nivel 3)	DP
multivit-min gummies childrens oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION MINIS ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
NASCOBAL NASAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML	$0 (Nivel 3)	DP
natural c/rose hips oral tablet 1000 mg	$0 (Nivel 3)	DP
natural vitamin d-3 oral tablet 125 mcg (5000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
NEPHPLEX RX ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
nephro vitamins oral tablet 0.8 mg	$0 (Nivel 3)	DP
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG	$0 (Nivel 3)	DP
niacin er oral capsule extended release 250 mg	$0 (Nivel 3)	DP
niacin er oral tablet extended release 250 mg	$0 (Nivel 3)	DP
niacin oral tablet 250 mg, 50 mg, 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
niacinamide oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
NICOMIDE ORAL TABLET 750-27-2-0.5 MG	$0 (Nivel 3)	DP
NIVA-FOL ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	$0 (Nivel 3)	DP
norwegian cod liver oil oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE ADULT 50+ ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE ADULT FORMULA ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE EYE HEATLH GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
OCUVITE-LUTEIN ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
omnicap oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
one daily multivitamin adult oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
one daily multivitamin/iron oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY ESSENTIAL ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY FOR HER VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY FOR HIM VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY JOLLY RANCHER ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES+OMEGA-3 ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
one-daily multi caps oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
one-daily multi vitamins oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
one-daily multi-vitamin oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
one-daily multi-vitamin/iron oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
one-daily/iron oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
OPTIFAST POST BARIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
OPTIMAL D3 M ORAL CAPSULE 350 MCG (14000 UT)	$0 (Nivel 3)	DP
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
OPURITY BYPASS OPTIMIZED ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
pan-c 500/bioflavonoids oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
pc pediatric poly-vita/fe drop oral solution 10 mg/ml	$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
pc pediatric poly-vitamin drop oral solution	$0 (Nivel 3)	DP
PERIDIN-C ORAL TABLET 200-50-150 MG	$0 (Nivel 3)	DP
pharmacist choice d-vitamin oral liquid 400 unit/ml	$0 (Nivel 3)	DP
phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
phytonadione oral tablet 5 mg	$0 (Nivel 3)	DP
plain niacin oral tablet 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
POLY-VI-SOL ORAL SOLUTION	$0 (Nivel 3)	DP
POLY-VI-SOL/IRON ORAL SOLUTION 11 MG/ML	$0 (Nivel 3)	DP
poly-vita oral solution	$0 (Nivel 3)	DP
poly-vita/iron oral solution 10 mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
poly-vite pediatric oral solution	$0 (Nivel 3)	DP
poly-vite/iron oral solution 11 mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
prenatal 19 oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
prenatal one daily oral tablet 27-0.8 mg	$0 (Nivel 3)	DP
prenatal oral tablet 27-0.8 mg, 28-0.8 mg, 6.75-0.2 mg	$0 (Nivel 3)	DP
prenatal vitamin and mineral oral tablet 28-0.8 mg	$0 (Nivel 3)	DP
prenatal vitamins oral tablet 28-0.8 mg	$0 (Nivel 3)	DP
prenatal/iron oral tablet 28-0.8 mg	$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION AREDS 2 ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION AREDS 2 ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION AREDS ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION/LUTEIN ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
PRORENAL + D W/ OMEGA-3 ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
PROTECT CARDIO AF ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
PROTECT PLUS SO ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
PROTEGRA ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
PUREWAY-C ORAL TABLET 500 MG	$0 (Nivel 3)	DP
px b complex/vitamin c oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
PX CHILDRENS VITAMIN ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	$0 (Nivel 3)	DP
px folic acid oral tablet 400 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
px vitamin c oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
px vitamin e oral capsule 400 unit	$0 (Nivel 3)	DP
pyridoxine hcl injection solution 100 mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
pyridoxine hcl oral tablet 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
qc childrens complete oral tablet chewable 18 mg	$0 (Nivel 3)	DP
qc childrens vitamins/extra c oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
qc daily multivitamins/iron oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG	$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID 0.25-9.5 MG/ML	$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 0.125 MG	$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML, 0.5 MG/ML	$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	$0 (Nivel 3)	DP
quintabs oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
ra balanced b-100 oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
ra balanced b-50 oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
ra b-complex oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
ra b-complex with b-12 oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
ra biotin oral capsule 2500 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
ra folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
ra niacin oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
ra no flush niacin oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin b-1 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin b-12 oral tablet 100 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin b12 oral tablet extended release 2000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin c oral tablet 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin c oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin d-3 oral capsule 125 mcg (5000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamin d-3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
ra vitamins complete childrens oral tablet chewable 18 mg	$0 (Nivel 3)	DP
RADIANCE PLATINUM VITAMIN D3 ORAL TABLET 125 MCG (5000 UT)	$0 (Nivel 3)	DP
RENAL ORAL CAPSULE 1 MG	$0 (Nivel 3)	DP
renal vitamin oral tablet 0.8 mg	$0 (Nivel 3)	DP
rena-vite oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
sb vitamin c oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm animal shapes complete oral tablet chewable 18 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm animal shapes kids first oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
sm b super vitamin complex oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
sm b100 complex oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
sm balanced b-50 oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
sm b-complex oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
sm b-complex/vitamin c oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
sm biotin oral capsule 5000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
sm chewable vitamin c oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm folic acid oral tablet 400 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
sm multiple vitamins essential oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
sm multiple vitamins/iron oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
sm niacin cr oral tablet extended release 250 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm super b complex/c oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
sm vit c/rose hips oral tablet 1000 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin b complex/vitamin c oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin b1 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin b-12 oral tablet 500 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin b12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin b6 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin b-6 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin c oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin d oral tablet 10 mcg (400 unit)	$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin d3 oral capsule 100 mcg (4000 ut), 50 mcg, 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
sm vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)	$0 (Nivel 3)	DP
span c oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
stress formula (folic acid) oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
stress formula oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
stress formula/iron oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
STRESSTABS ENERGY ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

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

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VENEXA ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
VIC-FORTE ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
virt-caps oral capsule 1 mg	$0 (Nivel 3)	DP
VIRT-GARD ORAL TABLET 2.2-25-1 MG	$0 (Nivel 3)	DP
vision health oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	$0 (Nivel 3)	DP
vit e-vit c-beta carotene oral tablet 200-250-5000	$0 (Nivel 3)	DP
vita c/bioflavonoids/rose hips oral tablet 1000-30-18 mg	$0 (Nivel 3)	DP
vitabex plus oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
vitachew adult multi vitamin oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
vitachew multiple vitamin oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
vitachew vit c citrus burst oral tablet chewable 125 mg	$0 (Nivel 3)	DP
VITAJOY DAILY C GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	$0 (Nivel 3)	DP
VITAL-D RX ORAL TABLET 1 MG	$0 (Nivel 3)	DP
vitalee oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
VITALETS CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b + c complex oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b 12 oral tablet 500 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b complex oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b1 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b-1 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b12 oral tablet 100 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 250 mcg, 500 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b-12 oral tablet dispersible 5000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b12 tr oral tablet extended release 2000 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin b6 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c er oral capsule extended release 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c er oral tablet extended release 1500 mg, 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
vitamin c oral tablet 100 mg, 1000 mg, 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c oral tablet chewable 250 mg, 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c plus wild rose hips oral tablet chewable 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c/rose hips tr oral tablet extended release 1000 mg	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c-rose hips er oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin c-rose hips tr oral tablet extended release 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d (cholecalciferol) oral tablet 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d high potency oral capsule 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d infant oral liquid 10 mcg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d oral capsule 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d oral liquid 10 mcg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
VITAMIN D-1000 MAX ST ORAL TABLET 25 MCG (1000 UT)	$0 (Nivel 3)	DP
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH ORAL LIQUID 25 MCG/10ML	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d-3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d3 oral liquid 10 mcg/ml, 125 mcg/0.5ml, 125 mcg/ml, 25 mcg/spray, 30 mcg/15ml	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg, 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut), 75 mcg (3000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin e blend oral capsule 400 unit	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin e oral capsule 1000 unit, 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
vitamin e water soluble oral capsule 450 mg (1000 ut)	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin k1 injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
vitamin-b complex oral tablet	$0 (Nivel 3)	DP
vitamins acd-fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml	$0 (Nivel 3)	DP
vitamins for hair oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
vitatrum oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
VITRANOL FE ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
VITRANOL ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
VITREXATE FE ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
VITREXATE ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
VITREXYL + IRON ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
VITREXYL ORAL TABLET	$0 (Nivel 3)	DP
vp-vite rx oral tablet 1 mg	$0 (Nivel 3)	DP
westab one oral tablet 2.5-25-1 mg	$0 (Nivel 3)	DP
womens 50+ advanced oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
womens multi gummies oral tablet chewable	$0 (Nivel 3)	DP
womens multi oral capsule	$0 (Nivel 3)	DP
yl folic acid oral tablet 400 mcg	$0 (Nivel 3)	DP
yl vitamin b-6 oral tablet 100 mg	$0 (Nivel 3)	DP
yl vitamin c oral tablet 1000 mg	$0 (Nivel 3)	DP
yl vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	$0 (Nivel 3)	DP
YOUR LIFE MULTI ADULT GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
ZOO FRIENDS/EXTRA C ORAL TABLET CHEWABLE	$0 (Nivel 3)	DP
TÓPICOS		
Agentes Para Boca/Garganta/Dentales		
cevimeline hcl oral capsule 30 mg	$0 (Nivel 1)	
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %	$0 (Nivel 1)	
clotrimazole mouth/throat troche 10 mg	$0 (Nivel 1)	QL (150 pastillas cada 30 días)
KOURZEQ MOUTH/THROAT PASTE 0.1 %	$0 (Nivel 1)	
lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %	$0 (Nivel 1)	
nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml	$0 (Nivel 1)	
ORASEP MOUTH/THROAT SOLUTION 2-0.5-0.1 %	$0 (Nivel 3)	DP
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	$0 (Nivel 1)	
PERIOMED MOUTH/THROAT CONCENTRATE 0.63 %	$0 (Nivel 3)	DP
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 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
triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %	$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Acné		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	$0 (Nivel 1)	PA
adapalene external gel 0.1 %	$0 (Nivel 3)	DP
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	$0 (Nivel 1)	PA
BENZEPRO EXTERNAL FOAM 5.3 %	$0 (Nivel 3)	DP
benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %	$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
clindamycin phosphate external gel 1 %, 1 % (twice daily)	$0 (Nivel 1)	QL (75 g cada 30 días)
clindamycin phosphate external lotion 1 %	$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
clindamycin phosphate external solution 1 %	$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.1 %	$0 (Nivel 3)	DP
ery external pad 2 %	$0 (Nivel 1)	QL (60 compresas cada 30 días)
erythromycin external gel 2 %	$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
erythromycin external solution 2 %	$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	$0 (Nivel 1)	PA
sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %	$0 (Nivel 1)	QL (118 ml cada 30 días)
tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	$0 (Nivel 1)	PA; QL (45 g cada 30 días)
tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %	$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)
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	$0 (Nivel 1)	
sterile water for irrigation irrigation solution	$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Anestésicos Locales		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %	$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 ml cada 30 días)
lidocaine external ointment 5 %	$0 (Nivel 1)	PA; QL (50 g cada 30 días)
lidocaine external patch 5 %	$0 (Nivel 1)	PA; QL (3 parches cada 1 día)
lidocaine hcl external solution 4 %	$0 (Nivel 1)	PA; QL (50 ml cada 30 días)
lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %	$0 (Nivel 1)	B/D; QL (30 g cada 30 días)
LIDOCAN EXTERNAL PATCH 5 %	$0 (Nivel 1)	PA; QL (3 parches cada 1 día)
TRIDACAINE II EXTERNAL PATCH 5 %	$0 (Nivel 1)	PA; QL (3 parches cada 1 día)

LEYENDA

PA = Autorización previa **QL** = Límite de cantidad **ST** = Tratamiento escalonado **B/D** = Autorización previa de la Parte B versus D **LA** = Acceso limitado **NDS** = Suministro por tiempo no extendido **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, Antibióticos		
bacitracin external ointment 500 unit/gm	$0 (Nivel 3)	DP
bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	$0 (Nivel 3)	DP
bacitracin zinc-aloe external ointment 500 unit/gm	$0 (Nivel 3)	DP
gentamicin sulfate external cream 0.1 %	$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
gentamicin sulfate external ointment 0.1 %	$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
gnp bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	$0 (Nivel 3)	DP
gnp triple antibiotic external ointment	$0 (Nivel 3)	DP
gnp triple antibiotic plus external ointment 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
goodsense first aid antibiotic external ointment	$0 (Nivel 3)	DP
hm bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	$0 (Nivel 3)	DP
hm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000	$0 (Nivel 3)	DP
hm triple antibiotic max st external ointment 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
mupirocin external ointment 2 %	$0 (Nivel 1)	QL (220 g cada 30 días)
qc triple antibiotic max st external ointment 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
silver sulfadiazine external cream 1 %	$0 (Nivel 1)	
sm antibiotic external ointment 500 unit/gm	$0 (Nivel 3)	DP
sm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000	$0 (Nivel 3)	DP
sm triple antibiotic max st external ointment 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	$0 (Nivel 1)	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	$0 (Nivel 2)	QL (453,6 g cada 30 días)
triple antibiotic external ointment , 3.5-400-5000	$0 (Nivel 3)	DP
triple antibiotic plus external ointment 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
triple antibiotic+pain relief external ointment 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
Dermatología, Anticuerpos		
antifungal (clotrimazole) external cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
antifungal (tolnaftate) external cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
antifungal clotrimazole external cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
anti-fungal external cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
antifungal external powder 2 %	$0 (Nivel 3)	DP
athletes foot (clotrimazole) external cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
athletes foot (terbinafine) external cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
athletes foot powder spray external aerosol powder 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
baza antifungal external cream 2 %	$0 (Nivel 3)	DP
butenafine hcl external cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
castellani paint modified external liquid 1.5 %	$0 (Nivel 3)	DP
ciclopirox olamine external cream 0.77 %	$0 (Nivel 1)	QL (90 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
ciclopirox olamine external suspension 0.77 %	$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
clotrimazole anti-fungal external cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
clotrimazole cream 1 % external (otc)	$0 (Nivel 3)	DP
clotrimazole cream 1 % external (rx)	$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
clotrimazole solution 1 % external (otc)	$0 (Nivel 3)	DP
clotrimazole solution 1 % external (rx)	$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
DESENEX EXTERNAL POWDER 2 %	$0 (Nivel 3)	DP
FUNGOID TINCTURE EXTERNAL SOLUTION 2 %	$0 (Nivel 3)	DP
gnp athletes foot external cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
gnp terbinafine hydrochloride external cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
gnp tolnaftate external cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
ketoconazole external cream 2 %	$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
KLAYESTA EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
miconazole nitrate external cream 2 %	$0 (Nivel 3)	DP
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
nystatin external cream 100000 unit/gm	$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
nystatin external ointment 100000 unit/gm	$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
nystatin external powder 100000 unit/gm	$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
qc antifungal (tolnaftate) external cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
qc tolnaftate external cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
sm antifungal clotrimazole external cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
sm antifungal miconazole external cream 2 %	$0 (Nivel 3)	DP
sm antifungal tolnaftate external cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
sm athletes foot external cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
terbinafine hcl external cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
tolnaftate external cream 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
tolnaftate external powder 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
TRIPLE PASTE AF EXTERNAL OINTMENT 2 %	$0 (Nivel 3)	DP
ZEASORB-AF EXTERNAL POWDER 2 %	$0 (Nivel 3)	DP
Dermatología, Antipsoriáticos		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	$0 (Nivel 1)	PA
calcipotriene external cream 0.005 %	$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 g cada 30 días)
calcipotriene external ointment 0.005 %	$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 g cada 30 días)
calcipotriene external solution 0.005 %	$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)
tazarotene external cream 0.1 %	$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 g cada 30 días)

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días)
Dermatología, Antiseborreicos		
ketoconazole external shampoo 2 %	$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
selenium sulfide external lotion 2.5 %	$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Corticosteroides		
ala-cort external cream 1 %, 2.5 %	$0 (Nivel 1)	
alclometasone dipropionate external cream 0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
betamethasone dipropionate external cream 0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
betamethasone valerate external cream 0.1 %	$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
betamethasone valerate external lotion 0.1 %	$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
betamethasone valerate external ointment 0.1 %	$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
clobetasol propionate e external cream 0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
clobetasol propionate external cream 0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
clobetasol propionate external gel 0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
clobetasol propionate external ointment 0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
clobetasol propionate external solution 0.05 %	$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)
fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %	$0 (Nivel 1)	QL (118,28 ml cada 30 días)
fluocinolone acetonide external cream 0.01 %	$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
fluocinolone acetonide external cream 0.025 %	$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %	$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
fluocinolone acetonide external solution 0.01 %	$0 (Nivel 1)	QL (90 ml cada 30 días)
fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %	$0 (Nivel 1)	QL (118,28 ml cada 30 días)
fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
fluocinonide external cream 0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
fluocinonide external gel 0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
fluocinonide external ointment 0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
fluocinonide external solution 0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
fluticasone propionate external cream 0.05 %	$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
fluticasone propionate external ointment 0.005 %	$0 (Nivel 1)	
halobetasol propionate external cream 0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (50 g cada 30 días)
halobetasol propionate external ointment 0.05 %	$0 (Nivel 1)	QL (50 g cada 30 días)
hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %	$0 (Nivel 1)	
hydrocortisone external lotion 2.5 %	$0 (Nivel 1)	
hydrocortisone external ointment 2.5 %	$0 (Nivel 1)	
mometasone furoate external cream 0.1 %	$0 (Nivel 1)	
mometasone furoate external ointment 0.1 %	$0 (Nivel 1)	
mometasone furoate external solution 0.1 %	$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	$0 (Nivel 1)	QL (454 g cada 30 días)
triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %	$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Escabicidas Y Pediculicidas		
cvs lice treatment external liquid 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
eq lice killing max st external shampoo 0.33-4 %	$0 (Nivel 3)	DP
gnp lice treatment external liquid 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
gnp lice treatment external shampoo 0.33-4 %	$0 (Nivel 3)	DP
lice killing external shampoo 0.33-4 %, 4-0.33 %	$0 (Nivel 3)	DP
lice killing maximum strength external shampoo 0.33-4 %	$0 (Nivel 3)	DP
lice treatment creme rinse external liquid 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
malathion external lotion 0.5 %	$0 (Nivel 1)	QL (59 ml cada 30 días)
permethrin external cream 5 %	$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
RID LICE KILLING SHAMPOO EXTERNAL SHAMPOO 0.33-4 %	$0 (Nivel 3)	DP
sb lice killing max st external shampoo 0.33-4 %	$0 (Nivel 3)	DP
sm lice killing max strength external shampoo 0.33-4 %	$0 (Nivel 3)	DP
sm lice treatment external liquid 1 %	$0 (Nivel 3)	DP
Dermatología, Varios Para La Piel Y Membranas Mucosas		
ammonium lactate cream 12 % external (otc)	$0 (Nivel 3)	DP
ammonium lactate cream 12 % external (rx)	$0 (Nivel 1)	
ammonium lactate lotion 12 % external (otc)	$0 (Nivel 3)	DP
ammonium lactate lotion 12 % external (rx)	$0 (Nivel 1)	
anti-itch external cream 2-0.1 %	$0 (Nivel 3)	DP
antiseptic skin cleanser external solution 4 %	$0 (Nivel 3)	DP
AQUA GLYCOLIC FACE EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
arthritis pain relieving external cream 0.075 %	$0 (Nivel 3)	DP
BANOPHEN EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	$0 (Nivel 3)	DP
BASLE EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
benzoin external tincture	$0 (Nivel 3)	DP
beta care external cream	$0 (Nivel 3)	DP
BETA XMA EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
bexarotene external gel 1 %	$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días); NDS
calamine phenolated external lotion	$0 (Nivel 3)	DP
calamine-zinc oxide external lotion 8-8 %	$0 (Nivel 3)	DP
CALMOSEPTINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.6 %	$0 (Nivel 3)	DP
capsaicin external cream 0.025 %, 0.1 %	$0 (Nivel 3)	DP
capsaicin pain relief external cream 0.1 %	$0 (Nivel 3)	DP
CERAVE MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
CERAVE SA ROUGH & BUMPY SKIN EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
CETAPHIL MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
CLORPACTIN POWDER 2 GM	$0 (Nivel 3)	DP
coconut oil beauty external cream	$0 (Nivel 3)	DP
DERMABASE EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
DIABETIDERM EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
DIABETIDERM FOOT REJUVENATING EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
diclofenac sodium external gel 1 %	$0 (Nivel 1)	QL (1000 g cada 30 días)
diclofenac sodium external solution 1.5 %	$0 (Nivel 1)	QL (300 ml cada 28 días)
diphenhydramine-zinc acetate external cream 2-0.1 %	$0 (Nivel 3)	DP
DML FORTE EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
DYNA-HEX 4 EXTERNAL SOLUTION 4 %	$0 (Nivel 3)	DP
EMOLLIA-CREME EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
eq therapeutic moisturizing external cream	$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN ADVANCED REPAIR HAND EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN CALMING DAILY MOIST EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN PLUS EXTERNAL CREAM 2.5-10 %	$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN SKIN CALMING EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
first aid antiseptic external ointment 10 %	$0 (Nivel 3)	DP
fluorouracil external cream 5 %	$0 (Nivel 1)	QL (40 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
fluorouracil external solution 2 %, 5 %	$0 (Nivel 1)	QL (10 ml cada 30 días)
gnp anti-itch external cream 2-0.1 %	$0 (Nivel 3)	DP
gnp antiseptic skin cleanser external solution 4 %	$0 (Nivel 3)	DP
GOLD BOND ULTIMATE HEALING EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
hm antiseptic skin cleanser external solution 4 %	$0 (Nivel 3)	DP
hm lidocaine patch external patch 4 %	$0 (Nivel 3)	DP
HYDRASYN25 EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
hydrocortisone (perianal) external cream 1 %, 2.5 %	$0 (Nivel 1)	
imiquimod external cream 5 %	$0 (Nivel 1)	QL (24 paquetes cada 30 días)
itch relief extra strength external cream 2-0.1 %	$0 (Nivel 3)	DP
KERADAN EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
KERR TRIPLE DYE SWABS EXTERNAL SWAB	$0 (Nivel 3)	DP
LAC-HYDRIN FIVE EXTERNAL LOTION 5 %	$0 (Nivel 3)	DP
leader finger cream external cream	$0 (Nivel 3)	DP
lidocaine pain relief external patch 4 %	$0 (Nivel 3)	DP
lidocaine pain relieving external patch 4 %	$0 (Nivel 3)	DP
metronidazole external cream 0.75 %	$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
metronidazole external gel 0.75 %	$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
metronidazole external lotion 0.75 %	$0 (Nivel 1)	QL (59 ml cada 30 días)
moisturizing cream external cream	$0 (Nivel 3)	DP
NEUTROGENA HAND EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
nitroglycerin rectal ointment 0.4 %	$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
NUTRADERM EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días); NDS
PEN-KERA EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
PENTRAVAN EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
PENTRAVAN PLUS EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
podofilox external solution 0.5 %	$0 (Nivel 1)	QL (7 ml cada 28 días)
povidone-iodine external solution 10 %	$0 (Nivel 3)	DP
PRETTY FEET/HANDS EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM 1 %	$0 (Nivel 1)	
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	$0 (Nivel 1)	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	$0 (Nivel 1)	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	$0 (Nivel 1)	
qc calamine external lotion	$0 (Nivel 3)	DP
qc povidone iodine external solution 10 %	$0 (Nivel 3)	DP
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	$0 (Nivel 2)	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
RISABAL-PH EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
sm anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %	$0 (Nivel 3)	DP
sm antiseptic skin cleanser external solution 4 %	$0 (Nivel 3)	DP
sm calamine external lotion	$0 (Nivel 3)	DP
sm calamine phenolated external lotion	$0 (Nivel 3)	DP
sm povidone-iodine external solution 10 %	$0 (Nivel 3)	DP
SORBOLENE EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %	$0 (Nivel 1)	QL (100 g cada 30 días)
therapeutic moisturizing external cream	$0 (Nivel 3)	DP
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	$0 (Nivel 2)	PA; LA; QL (60 g cada 30 días); NDS
VANICREAM EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
VELVACHOL EXTERNAL CREAM	$0 (Nivel 3)	DP
XERAC AC EXTERNAL SOLUTION 6.25 %	$0 (Nivel 3)	DP
zinc oxide external ointment 20 %	$0 (Nivel 3)	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF EXTERNAL CREAM 0.033 %	$0 (Nivel 3)	DP
Óticos		
ear drops otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 3)	DP
gnp earwax removal drops otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 3)	DP
gnp earwax removal kit otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 3)	DP
sm ear drops otic solution 6.5 %	$0 (Nivel 3)	DP

LEYENDA

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

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

12 hour decongestant 99
12 hour nasal decongestant 99
12 hour nasal spray 99
1st base 56
24hr allergy relief 92
3 day vaginal 82
50+ adult eye health 130
600+d3 124
8 hr arthritis pain relief 35
a thru z select 130
a-10000 130
a-25 130
abacavir sulfate 38
abacavir sulfate-lamivudine 40
ABELCET 41
ABILIFY MAINTENA 113
abiraterone acetate 14
ABRYSVO 30
acamprosate calcium 119
acarbose 67
ACCUTANE 149
acebutolol hcl 51
acerola c-500 130
acetaminophen 35
acetaminophen childrens 35
acetaminophen er 35
acetaminophen extra strength 35
acetaminophen infants 35
acetaminophen-codeine 34
acetazolamide 54
acetazolamide er 54
acetic acid 83, 92
acetylcysteine 96
acitretin 151
ACTHIB 30
ACTIMMUNE 29
active fe 85
ACTIVNUTRIENTS 130
acyclovir 44
acyclovir sodium 44
ADACEL 30
adalimumab-aacf (2 pen) 26
adalimumab-aacf (2 syringe) 26
adapalene 149
adefovir dipivoxil 44
ADEK GUMMIES PLUS ZN 130
ADEMPAS 55
ADIPEX-P 72
ADMELOG 65
ADMELOG SOLOSTAR 65
adult aspirin regimen 35
adult one daily gummies 130
ADVAIR HFA 95
ADVANCED MULTI EA 130
ADVANTAGE CARE ELECTROLYTE PED 123
AEROCHAMBER MINI CHAMBER 96
AEROCHAMBER MV 96
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU 96
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE 96
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM 96
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL 96
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK 96
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU 96
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL 96
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS 96
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR 96
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE 96
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM 96
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL 96
AEROVENT PLUS 96
AFIRMELLE 59
AIMOVIG 118
aimsco lubricated 59
AIRBORNE 130
AIRBORNE GUMMIES 130
AIRBORNE KIDS 130
AIRBORNE+GOOD REST 130
AIRBORNE+NATURAL ENERGY 130
AIRBORNE+PROBIOTIC 130
AIRSUPRA 95
AKEEGA 14
ala-cort 152
albendazole 42
albuterol sulfate 95
albuterol sulfate hfa 94
alclometasone dipropionate 152
ALCON TEARS 90
ALDURAZYME 69
ALECENSA 15
alendronate sodium 73
alfuzosin hcl er 83
aliskiren fumarate 54
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS 130
ALIVE MULTI-VITAMIN 130
ALIVE WOMENS 50+ 130
ALIVE WOMENS 50+ GUMMY 130
ALIVE WOMENS GUMMY 130
all day allergy 92
all day allergy childrens 92
all day allergy d 99
ALLBEE/C 130
all-day allergy childrens 92
aller-chlor 92
allergy 92
allergy 24-hr 92
allergy childrens 92
allergy rel child (loratadine) 92
allergy relief 92, 93
allergy relief childrens 92
allergy relief d 99
allergy relief d-12 99
allergy relief d-24 99
allergy relief/nasal decongest 99
allergy/congestion relief 99
allopurinol 38
ALMACONE DOUBLE STRENGTH 74
alosetron hcl 76
alprazolam 111
ALREX 90
ALTAVERA 59
aluminum hydroxide gel 74
ALUNBRIG 15, 16
ALVAIZ 84
ALVESCO 99
alyacen 1/35 59
alyacen 7/7/7 59
ALYGLO 28
amantadine hcl 109
ambrisentan 55
AMETHIA 59
amikacin sulfate 42
amiloride hcl 54
amiloride-hydrochlorothiazide 54
amiodarone hcl 50
amitriptyline hcl 111
AMLADEX 130
amlodipine besy-benazepril hcl 54
amlodipine besylate 52
amlodipine besylate-valsartan 53
amlodipine-olmesartan 53
ammonium lactate 153
AMNESTEEM 149
amoxapine 111
amoxicillin 48
amoxicillin-pot clavulanate 48
amoxicillin-pot clavulanate er 48
amphetamine-dextroamphet er 116
amphetamine-dextroamphetamine 116
amphotericin b 41
amphotericin b liposome 41
ampicillin 48
ampicillin sodium 48
ampicillin-sulbactam sodium 48
anagrelide hcl 84
anastrozole 14
ANORO ELLIPTA 95
antacid 74
antacid calcium 74
antacid maximum strength 74
antacid regular strength 74
antacid/antigas 74
anti-diarrheal 75
antifungal 150
anti-fungal 150
antifungal (clotrimazole) 150
antifungal (tolnaftate) 150
antifungal clotrimazole 150

anti-itch ... 153
antioxidant ... 130
anti-oxidant ... 130
antiseptic skin cleanser ... 153
APPE-CURB ... 130
aprepitant ... 76
APRI ... 59
APTIOM ... 105
APTIVUS ... 38
AQUA GLYCOLIC FACE ... 153
AQUA-E ... 130
aquanaz ... 99
AQUASOL A ... 131
aqueous vitamin d ... 131
ARALAST NP ... 96
ARANELLE ... 59
ARBEM H-COSMETIC ... 56
ARBEM LIPOPEN ... 56
ARCALYST ... 29
AREXVY ... 30
aripiprazole ... 113
ARISTADA ... 113
ARISTADA INITIO ... 113
armodafinil ... 118
ARNUITY ELLIPTA ... 99
arthritis pain relief ... 35
arthritis pain reliever ... 35
arthritis pain relieving ... 154
ascorbic acid ... 131
asenapine maleate ... 113
ASHLYNA ... 59
aspirin ... 36
aspirin 81 ... 35
aspirin adult low dose ... 35
aspirin adult low strength ... 35
aspirin ec adult low dose ... 36
aspirin ec low strength ... 36
aspirin low dose ... 36
aspirin regimen ... 36
aspirin-dipyridamole er ... 87
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR ... 65
ASTAGRAF XL ... 29
atazanavir sulfate ... 38
atenolol ... 51
atenolol-chlorthalidone ... 53
athletes foot (clotrimazole) ... 150
athletes foot (terbinafine) ... 150
athletes foot powder spray ... 150
atomoxetine hcl ... 116
atorvastatin calcium ... 50
atovaquone ... 42
atovaquone-proguanil hcl ... 44
atropine sulfate ... 90
ATROVENT HFA ... 92
AUBRA EQ ... 59
AUGTYRO ... 16
AUROVELA 1/20 ... 59
AUROVELA 24 FE ... 59
AUROVELA FE 1.5/30 ... 59
AUROVELA FE 1/20 ... 59
AUSTEDO ... 117
AUSTEDO XR ... 117
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ... 117
AUVELITY ... 111
AVIANE ... 59
AYUNA ... 60
AYVAKIT ... 16
az cream ... 56
azacitidine ... 24
azathioprine ... 29
azelastine hcl ... 88, 93
azithromycin ... 47
aztreonam ... 42
AZURETTE ... 60
b complex ... 131
b complex (folic acid) ... 131
b complex vitamins ... 131
b complex-c ... 131
b complex-c-folic acid ... 131
b-1 ... 131
b-12 ... 131
b-12 tr ... 131
b-6 ... 131
b6 natural ... 131
baby super daily d3 ... 131
baby vitamin d3 ... 131
bacitracin ... 89, 150
bacitracin zinc ... 150
bacitracin zinc-aloe ... 150
bacitracin-polymyxin b ... 89
bacitra-neomycin-polymyxin-hc ... 88
baclofen ... 110
BAFIERTAM ... 110
balance b-50 ... 131
balsalazide disodium ... 77
BALVERSA ... 16
BALZIVA ... 60
BANOPHEN ... 93, 154
BARACLUDE ... 44
bariatric multivitamins/iron ... 131
BASAGLAR KWIKPEN ... 65
BASE PCCA CLARIFYING ... 56
BASLE ... 154
baza antifungal ... 150
bcg vaccine ... 30
b-complex (folic acid) ... 131
b-complex balanced ... 131
b-complex/b-12 ... 131
b-complex/vitamin c ... 131
b-complex-c ... 131
b-complex-c (w/folic acid) ... 131
benazepril hcl ... 55
benazepril-hydrochlorothiazide ... 54
bendamustine hcl ... 14
BENDEKA ... 14
BENLYSTA ... 29
BENZEDREX ... 99
BENZEPRO ... 149
benzoin ... 154
benzonatate ... 99
benzoyl peroxide-erythromycin ... 149
benzphetamine hcl ... 72
benztropine mesylate ... 109
BERINERT ... 84
BESIVANCE ... 89
BESREMI ... 24
beta care ... 154
BETA XMA ... 154
betaine ... 69
betamethasone dipropionate ... 152
betamethasone dipropionate aug ... 152
betamethasone valerate ... 152
BETASERON ... 110
betaxolol hcl ... 51, 88
bethanechol chloride ... 83
BETOPTIC-S ... 88
better b complex ... 131
BEVESPI AEROSPHERE ... 95
bexarotene ... 24, 154
BEXSERO ... 30
bicalutamide ... 14
BICILLIN L-A ... 48
BIKTARVY ... 40
BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST ... 42
BIO-35 GLUTEN-FREE ... 131
biocal ... 131
BIO-D-MULSION ... 131
BIO-D-MULSION FORTE ... 131
BIOLYTE ... 123
biotin ... 131
biotin maximum strength ... 131
bisacodyl ... 78
bisacodyl ec ... 78
bismatrol ... 75
bisoprolol fumarate ... 51
bisoprolol-hydrochlorothiazide ... 53
BIVIGAM ... 28
BLISOVI 24 FE ... 60
BLISOVI FE 1.5/30 ... 60
body/hair/skin/nails ... 131
BOOSTRIX ... 30
bortezomib ... 16
bosentan ... 55
BOSULIF ... 16
bp vit 3 ... 131
BPROTECTED MULTI-VITE ... 132
BPROTECTED PEDIA D-VITE ... 132
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE ... 132
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE ... 132
BRAFTOVI ... 16
BREO ELLIPTA ... 95
BREYNA ... 95
BREZTRI AEROSPHERE ... 95
briellyn ... 60
BRILINTA ... 87

brimonidine tartrate 88
brinzolamide 88
BRIVIACT 106, 118
bromfenac sodium 90
bromocriptine mesylate 109
BROMSITE 90
BRONCHITOL 96
BRUKINSA 16
budesonide 77, 99
budesonide er 77
budesonide-formoterol fumarate 95
bumetanide 54
buprenorphine 33
buprenorphine hcl 119
buprenorphine hcl-naloxone hcl 119
bupropion hcl 112
bupropion hcl er (smoking det) 119
bupropion hcl er (sr) 111
bupropion hcl er (xl) 112
buspirone hcl 111
butenafine hcl 150
butorphanol tartrate 34
BYDUREON BCISE 67
BYETTA 10 MCG PEN 67
BYETTA 5 MCG PEN 67
c 1000 132
c 500 132
c-1000 132
c-1000/rose hips 132
c-250 132
c-500 132
c-500/rose hips 132
cabergoline 69
CABOMETYX 16
calamine phenolated 154
calamine-zinc oxide 154
calcipotriene 151
calcitonin (salmon) 73
cal-citrate plus vitamin d 124
CALCITRENE 151
calcitriol 59
calcium 125
calcium + vitamin d3 124
calcium 1000 + d 124
calcium 1200 124
calcium 500 + d 124
calcium 500 + d3 124
calcium 500/d 124
calcium 500/vitamin d 124
calcium 500+d 124
calcium 500+d high potency 124
calcium 500+d3 124
calcium 600 124
calcium 600 + d 124
calcium 600 high potency 124
calcium 600/vitamin d 124
calcium 600/vitamin d3 124
calcium 600+d 124
calcium 600+d high potency 124
calcium 600+d3 124
calcium 600+d3 plus minerals 124
calcium acetate 57
calcium acetate (phos binder) 57
calcium antacid 74
calcium carb-cholecalciferol 124
calcium carbonate 124, 125
calcium carbonate antacid 74
calcium citrate 125
calcium citrate + d 125
calcium citrate + d3 125
calcium citrate + d3 maximum 125
calcium citrate+d3 125
calcium citrate+d3 petites 125
calcium citrate-vitamin d 125
calcium citrate-vitamin d3 125
calcium creamies 125
calcium gluconate 125
calcium high potency 125
calcium high potency/vitamin d 125
calcium lactate 125
calcium oyster shell 125
calcium plus vitamin d 125
calcium plus vitamin d3 125
calcium+d3 125
calcium-magnesium-zinc 125
calcium-magnesium-zinc-d3 125
calcium-vitamin d3 125
CAL-GEST ANTACID 74
cal-mint 125
CALMOSEPTINE 154
CALQUENCE 16
CALTRATE 600+D3 SOFT 125
CALTRATE MINIS PLUS MINERALS 125
CAMILA 60
CAMRESE 60
CAMRESE LO 60
candesartan cilexetil 50
candesartan cilexetil-hctz 53
capcof 99
CAPLYTA 113
CAPRELSA 16
capsaicin 154
capsaicin pain relief 154
captopril 55
captopril-hydrochlorothiazide 54
carbamazepine 106
carbamazepine er 106
carbidopa-levodopa 109
carbidopa-levodopa er 109
carbidopa-levodopa-entacapone 109
carboplatin 14
CARESTART COVID-19 HOME TEST 42
carglumic acid 69
carisoprodol 110
carteolol hcl 88
CARTIA XT 52
carvedilol 51
caspofungin acetate 41
castellani paint modified 150
CAYSTON 42
c-chewable 132
cefaclor 45
cefaclor er 45
cefadroxil 45, 46
cefazolin sodium 46
cefazolin sodium-dextrose 46
cefdinir 46
cefepime hcl 46
cefixime 46
cefoxitin sodium 46
cefpodoxime proxetil 46
cefprozil 46
ceftazidime 46
ceftriaxone sodium 46
cefuroxime axetil 46
cefuroxime sodium 46
celecoxib 32
CENTRUM 132
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT 132
CENTRUM FLAVOR BURST KIDS 132
CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ 132
CENTRUM FRESH/FRUITY ADULT 132
CENTRUM KIDS 132
CENTRUM SILVER 132
cephalexin 46
CERALYTE 70 123
CERASPORT 123
CERASPORT EX1 123
CERAVE MOISTURIZING 154
CERAVE SA ROUGH & BUMPY SKIN 154
CERDELGA 69
CEREZYME 69
CEROVITE JR 132
CETAPHIL MOISTURIZING 154
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND 154
cetirizine hcl 93
cetirizine hcl allergy child 93
cetirizine hcl childrens 93
cetirizine hcl childrens alrgy 93
cetirizine-pseudoephedrine er 100
cevimeline hcl 148
charcoal 69
CHATEAL EQ 60
chelated magnesium 125
CHEMET 58
chest congestion relief 100
chest congestion relief dm 100
childrens animal shapes 132
childrens chew multivitamin 132
childrens chewable vitamins 132
childrens gummies 132
childrens ibuprofen 32
childrens loratadine 93
childrens mucus relief cough 100

childrens silapap 36
chlorhexidine gluconate 148
chloroquine phosphate 44
chlorpromazine hcl 113, 114
chlorthalidone 54
cholestyramine 51
cholestyramine light 51
CHROMAGEN 85
chromic chloride 129
ciclopirox olamine 150, 151
cilostazol 84
CILOXAN 89
CIMDUO 40
cinacalcet hcl 69
CIPRO 47
ciprofloxacin hcl 47, 89
ciprofloxacin in d5w 47
ciprofloxacin-dexamethasone 92
cisplatin 14
citalopram hydrobromide 112
CITRACAL MAXIMUM 125
CITRACAL PETITES/VITAMIN D .. 126
citrus calcium/vitamin d 126
CLARAVIS 149
clarithromycin 47
clarithromycin er 47
classic prenatal 132
CLEARLAX 78
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER 96
clindamycin hcl 42
clindamycin palmitate hcl 42
clindamycin phosphate 42, 82, 149
clindamycin phosphate in d5w 42
clindamycin phosphate in nacl 42
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) ... 129
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 129
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 129
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 129
clinimix/dextrose (6/5) 129
clinimix/dextrose (8/10) 129
clinimix/dextrose (8/14) 129
CLINISOL SF 129
CLINITEST RAPID COVID-19 TEST 42
CLINOLIPID 129
clobazam 106
clobetasol propionate 152
clobetasol propionate e 152
clomipramine hcl 112
clonazepam 106
clonidine 55
clonidine hcl 54
clopidogrel bisulfate 88
clorazepate dipotassium 106
CLORPACTIN 154
clotrimazole 82, 148, 151
clotrimazole 3 82
clotrimazole anti-fungal 151
clotrimazole-betamethasone 151
clozapine 114
co q 10 120
co q10 120
co q-10 120
COARTEM 44
coconut oil beauty 154
cod liver oil 132
cod liver oil w/vit a & d 132
coditussin ac 100
coditussin dac 100
coenzyme q10 120
coenzyme q-10 120
co-enzyme q10 120
COLACE CLEAR 78
colchicine 38
colchicine-probenecid 38
colesevelam hcl 51
colestipol hcl 51
colistimethate sodium (cba) 42
COMBIGAN 88
COMBIVENT RESPIMAT 95
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 16
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 16
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) . 16
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 65
COMPACT SPACE CHAMBER 96
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK 96
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK 96
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK 96
COMPLERA 40
complete allergy medicine 93
complete multivitamin/mineral 132
COMPRO 76
constulose 78
COPIKTRA 16
coq10 120
coq-10 120
coq10 maximum strength 120
CORLANOR 55
CORVITA 132
CORVITA 150 85
CORVITE 150 85
corvite fe 85
COTELLIC 17
cough dm 100
cough dm childrens 100
covid-19 at-home test 42
cream base 56
CREON 78
cromolyn sodium 76, 88, 96
CRYSELLE-28 60
CULTURELLE KIDS COMPLETE . 132
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV 133
CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV 133
cupric chloride 129
cvs adult 50+ eye health 133
CVS AIRSHIELD 133
CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT 133
cvs b complex plus c 133
cvs b-1 133
cvs b-12 133
cvs b6 133
cvs biotin 133
cvs biotin high potency 133
cvs calcium + d3 126
cvs calcium 600 & vitamin d3 126
cvs calcium 600 + d/minerals 126
cvs calcium 600+d 126
cvs calcium carbonate 126
cvs calcium citrate+d3 petites 126
cvs chewable c with rose hips 133
cvs chewable childrens vitamin 133
cvs childrens complete 133
cvs coenzyme q-10 120
cvs coq-10 120
cvs cough dm 100
cvs covid-19 at home test kit 42
cvs d3 133
cvs daily gummies 133
cvs daily gummies adult 133
cvs e 133
cvs electrolyte solution 123
cvs eye health adult 50+ 133
cvs folic acid 133
cvs gauze sterile 65
cvs glucose 58
cvs gummy dinos 133
cvs gummy multivitamin kids 133
cvs iron 85
CVS KETONE CARE 69
cvs lice treatment 153
cvs magnesium 126
cvs magnesium oxide 126
cvs mens daily gummies 133
cvs oyster shell calcium-vit d 126
cvs ped electrolyte freeze pop 123
cvs pediatric electrolyte 123
cvs slow release dried iron 85
cvs slow release iron 85
cvs spectravite adult 50+ 133
cvs super b complex/c 133
cvs vision health 133
cvs vitamin b12 133
cvs vitamin b-12 133
cvs vitamin c 133
cvs vitamin c-rose hips 133
cvs vitamin d3 133
cvs vitamin e 134
cvs womens daily gummies 134
cvs zinc gluconate 126
cyanocobalamin 134

cyclobenzaprine hcl 110
cyclophosphamide 14
cycloserine 40
cyclosporine 29
cyclosporine modified 29
cyproheptadine hcl 93
CYRED EQ 60
CYSTADROPS 90
CYSTAGON 69
CYSTARAN 90
cytarabine 24
d 1000 134
d 10000 134
d 5000 134
d-1000 extra strength 134
d2000 ultra strength 134
d3 134
d3 2000 134
d3 5000 134
d3 baby drops 134
d3 high potency 134
d3 maximum strength 134
d3 super strength 134
d3-1000 134
d-3-5 134
d-400 134
d-5000 134
daily multiple vitamins 134
daily multivitamin 134
daily value multivitamin 134
daily vitamins 134
daily vite 134
daily vite multivitamin/iron 134
daily vites 134
daily-vite 134
daily-vite multivitamin 134
dalfampridine er 110
danazol 71
dantrolene sodium 110
dapsone 42
DAPTACEL 30
daptomycin 42
darunavir 38
dasatinib 17
DASETTA 1/35 60
DASETTA 7/7/7 60
DAURISMO 17
DAYSEE 60
DAYVIGO 117
DDROPS 134
DEBLITANE 60
DECARA 134
DECONEX IR 100
DECUBI-VITE 134
deferasirox 58
deferasirox granules 58
dekas bariatric 134
DEKAS PLUS 134, 135
DEKAS PLUS OCEAN 134
DELSTRIGO 40
DELSYM 100
DELSYM CGH/CHEST CONG DM CHILD 100
DELSYM COUGH CHILDRENS 100
DELSYM COUGH/CHEST CONGEST DM 100
delta d3 135
DENGVAXIA 30
DEPO-SUBQ PROVERA 104 60
DEPO-TESTOSTERONE 59
DERMABASE 154
DESCOVY 40
DESENEX 151
desipramine hcl 112
desmopressin ace spray refrig 69
desmopressin acetate 69
desmopressin acetate pf 69
desmopressin acetate spray 69
desogestrel-ethinyl estradiol 60
desvenlafaxine succinate er 112
dexamethasone 71
DEXAMETHASONE INTENSOL 71
dexamethasone sod phosphate pf 72
dexamethasone sodium phosphate 72, 90
dexmethylphenidate hcl 116
dextromethorphan hbr 100
dextromethorphan polistirex er 100
dextromethorphan-guaifenesin 100
dextrose 129
dextrose 5%/electrolyte #48 121
dextrose in lactated ringers 121
dextrose-sodium chloride 121
DIABETIDERM 154
DIABETIDERM FOOT REJUVENATING 154
DIACOMIT 106
DIALYVITE 135
DIALYVITE 3000 135
DIALYVITE 5000 135
DIALYVITE 800 135
DIALYVITE 800/ZINC 135
DIALYVITE 800-ZINC 15 135
DIALYVITE SUPREME D 135
DIALYVITE VITAMIN D 5000 135
DIALYVITE/ZINC 135
DIATRUST COVID-19 HOME TEST 42
diazepam 106, 118
DIAZEPAM INTENSOL 106
diazoxide 58
diclofenac potassium 32
diclofenac sodium 32, 90, 154
diclofenac sodium er 32
dicloxacillin sodium 48
dicyclomine hcl 76
diethylpropion hcl 72
diethylpropion hcl er 72
DIFFERIN 149
DIFICID 47
diflunisal 32
digoxin 55
dihydroergotamine mesylate 118
DILANTIN 106
DILANTIN INFATABS 106
diltiazem hcl 52
diltiazem hcl er 52
diltiazem hcl er beads 52
diltiazem hcl er coated beads 52
dilt-xr 52
diphenhydramine hcl 93
diphenhydramine hcl childrens 93
diphenhydramine-zinc acetate 154
diphenoxylate-atropine 76
diphtheria-tetanus toxoids dt 30
dipyridamole 88
disopyramide phosphate 50
disulfiram 119
divalproex sodium 106
divalproex sodium er 106
DML FORTE 154
docetaxel 25
docusate calcium 78
docusate mini 78
docusate sodium 78
DOCUSOL KIDS 78
DOCUSOL MINI 78
dofetilide 50
donepezil hcl 111
DOPTELET 84
dorzolamide hcl 88
dorzolamide hcl-timolol mal 88
DOTTI 71
DOVATO 40
doxazosin mesylate 49
doxepin hcl 112, 117
doxorubicin hcl 24
doxorubicin hcl liposomal 24
DOXY 100 49
doxycycline hyclate 49
doxycycline monohydrate 49
DRISDOL 135
DRIZALMA SPRINKLE 112
dronabinol 76
drospiren-eth estrad-levomefol 60
drospirenone-ethinyl estradiol 60
DROXIA 84
droxidopa 55
DRY EYE FORMULA 135
DULERA 96
duloxetine hcl 112
DUPIXENT 26
DUREX REALFEEL 60
dutasteride 83
dutasteride-tamsulosin hcl 83
D-VI-SOL 135
d-vite pediatric 135
DYNA-HEX 4 154
e 1000 135
E.E.S. 400 47

e200 135
e-200 135
ear drops 156
EASIVENT 96
EASIVENT MASK LARGE 96
EASIVENT MASK MEDIUM 96
EASIVENT MASK SMALL 97
ec-naproxen 32
ECOTRIN LOW STRENGTH 36
ed chlorped jr 93
ed-a-hist dm 100
ed-apap 36
EDURANT 38
efavirenz 38
efavirenz-emtricitab-tenofo df 40
efavirenz-lamivudine-tenofovir 40
ELDERTONIC 135
ELFOLATE PLUS 135
ELIGARD 14
ELINEST 60
ELIQUIS 83
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 83
ELLENCE 24
ellume covid-19 home test 42
ELURYNG 60
EMERGEN-C VITAMIN C 135
EMOLLIA-CREME 154
emollient base 56
EMSAM 112
emtricitabine 38
emtricitabine-tenofovir df 40
EMTRIVA 39
EMVERM 42
EMZAHH 60
enalapril maleate 56
enalapril-hydrochlorothiazide 54
ENBREL 26
ENBREL MINI 26
ENBREL SURECLICK 26
ENDARI 84
ENDOCET 34
ENDUR-ACIN 135
ENDUR-C 135
enema 78
enema ready-to-use 78
ENEMEEZ MINI 78
ENEMEEZ PLUS 78
ENFAMIL ENFALYTE 123
ENGERIX-B 30
ENILLORING 60
enoxaparin sodium 83
ENPRESSE-28 60
ENSKYCE 60
ENSTILAR 152
entacapone 109
entecavir 44
ENTRESTO 53
enulose 79
EPCLUSA 44
EPIDIOLEX 107
epinephrine 97
epinephrine (anaphylaxis) 55
EPITOL 107
eplerenone 49
EPRONTIA 107
epsom salt 79
eq calcium 500+d 126
eq calcium 600+d 126
eq calcium 600+d+minerals 126
eq calcium citrate+d 126
eq complete multivitamin child 135
eq cough dm 100
eq lice killing max st 153
eq multivitamin gummies 135
eq slow-release iron 85
eq space chamber anti-static 97
eq space chamber anti-static l 97
eq space chamber anti-static m 97
eq space chamber anti-static s 97
eq therapeutic moisturizing 154
eql b complex 50 135
eql b-6 135
eql calcium citrate/vitamin d 126
eql calcium citrate/vitamin d3 126
eql calcium/vitamin d 126
eql calcium/vitamin d3 126
eql child multivit/minerals 135
eql coq10 120
eql iron supplement therapy 85
eql slow release iron 85
eql super b complex/vitamin c 135
eql vitamin b-12 135
eql vitamin c 135
eql vitamin c/rose hips 135
eql vitamin d3 135
eql vitamin e 135
ergocalciferol 136
ergotamine-caffeine 118
ERIVEDGE 17
ERLEADA 14, 15
erlotinib hcl 17
ERRIN 60
ertapenem sodium 42
ery 149
ERY-TAB 47
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 47
erythromycin 47, 89, 149
erythromycin base 47
erythromycin ethylsuccinate 47
erythromycin lactobionate 47
escitalopram oxalate 112
esomeprazole magnesium 78
ESTARYLLA 60
ESTER-C 136
estradiol 71
estradiol valerate 71
estradiol-norethindrone acet 71
eszopiclone 117
ethambutol hcl 40
ethosuximide 107
ethynodiol diac-eth estradiol 60
etodolac 32
etodolac er 32
etonogestrel-ethinyl estradiol 60
etoposide 25
etravirine 39
EUCERIN ADVANCED REPAIR HAND 154
EUCERIN CALMING DAILY MOIST 154
EUCERIN PLUS 154
EUCERIN SKIN CALMING 154
EULEXIN 15
EUTHYROX 58
everolimus 17, 29
EVOTAZ 40
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 65
exemestane 15
eye multivitamin 136
eye multivitamin/lutein 136
EYSUVIS 90
ezetimibe 51
ezetimibe-simvastatin 51
fabb 136
FABRAZYME 69
FALMINA 61
famciclovir 44
famotidine 73
famotidine (pf) 73
famotidine premixed 74
FANAPT 114
FANAPT TITRATION PACK 114
FANTASY LUBRICATED 61
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE 61
FARXIGA 67
FASENRA 97
FASENRA PEN 97
FC2 FEMALE CONDOM 61
felbamate 107
felodipine er 52
fenofibrate 50
fenofibrate micronized 50
fentanyl 33
fentanyl citrate 34
FERAHEME 85
FERATE 85
FERGON 85
FERIVA 21/7 85
FERIVAFA 85
FEROSUL 85
FERRALET 90 85
ferretts 85
FERREX 150 85
ferric x-150 85
FERRLECIT 85
ferrous fumarate 85
ferrous gluconate 85
ferrous sulfate 86

FETZIMA 112
FETZIMA TITRATION 112
FEVERALL ADULTS 36
FEVERALL CHILDRENS 36
FEVERALL INFANTS 36
FEVERALL JUNIOR STRENGTH ... 36
fexofenadine hcl 93
FIASP 66
FIASP FLEXTOUCH 66
FIASP PENFILL 66
FIASP PUMPCART 66
fiber 79
fiber laxative 79
fiber-lax 79
finasteride 83
fingolimod hcl 110
FINTEPLA 107
FINZALA 61
FIRMAGON 15
FIRMAGON (240 MG DOSE) 15
first aid antiseptic 154
FLAC 92
FLAREX 90
FLEBOGAMMA DIF 28
flecainide acetate 50
FLEET ENEMA 79
FLEXICHAMBER 97
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA 136
FLINTSTONES COMPLETE 136
FLINTSTONES GUMMIES 136
FLINTSTONES GUMMIES BONE BUILD 136
FLINTSTONES GUMMIES COMPLETE 136
FLINTSTONES GUMMIES-IMMUNITY 136
FLINTSTONES PLUS CALCIUM ... 136
FLINTSTONES SOUR GUMMIES . 136
FLINTSTONES W/IRON 136
FLINTSTONES/MY FIRST 136
FLORIVA PLUS 136
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST 42
fluconazole 41
fluconazole in sodium chloride 41
flucytosine 41
fludrocortisone acetate 72
flunisolide 98
fluocinolone acetonide 92, 152
fluocinolone acetonide body 152
fluocinolone acetonide scalp 152
fluocinonide 152
fluocinonide emulsified base 152
fluoritab 126
fluorometholone 90
fluorouracil 24, 154, 155
fluoxetine hcl 112
fluphenazine decanoate 114
fluphenazine hcl 114
flurbiprofen 32
flurbiprofen sodium 90
fluticasone propionate 98, 152, 153
fluticasone-salmeterol 96
fluvoxamine maleate 111
folagent dha 136
folamed dha 136
folate 136
folbee 136
folbee plus 136
folic acid 136
FOLITAB 500 86
folite 136
FOLIVANE-F 86
FOLIVANE-PLUS 86
FOLIXAPURE 136
folplex 2.2 136
FOLTABS 800 136
FOLTANX 136
FOLTRATE 136
FOLTREXYL 137
fondaparinux sodium 83
fosamprenavir calcium 39
fosinopril sodium 56
fosinopril sodium-hctz 54
FOTIVDA 17
fruit c 137
fruit c 500 137
fruity c 137
fruity chews 137
FRUZAQLA 17
full spectrum b/vitamin c 137
fulvestrant 15
FUNGOID TINCTURE 151
furosemide 54
FUSION 86
FUSION PLUS 86
FUZEON 39
FYAVOLV 71
FYCOMPA 107
gabapentin 107, 118
galantamine hydrobromide 111
galantamine hydrobromide er 111
GAMASTAN 28
GAMMAGARD 28
GAMMAGARD S/D LESS IGA 28
GAMMAKED 28
GAMMAPLEX 28
GAMUNEX-C 28
ganciclovir sodium 45
GARDASIL 9 30
gas relief extra strength 77
gas relief ultra strength 77
gatifloxacin 89
GATTEX 77
gavilax 79
GAVILYTE-C 79
GAVILYTE-G 79
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK 79
GAVRETO 17
gefitinib 17
gemcitabine hcl 24
gemfibrozil 50
GEMTESA 81
GENABIO COVID-19 RAPID TEST . 42
genadek step 1 137
genadek step 2 137
generlac 79
GENGRAF 29
GENOTROPIN 69
GENOTROPIN MINIQUICK 69
gentamicin in saline 42
gentamicin sulfate 42, 89, 150
GENTEAL SEVERE 90
GENTEAL TEARS 90
GENTEAL TEARS MODERATE PF 90
gentle laxative 79
gentlelax 79
GENVOYA 40
GERBER GROW MIGHTY 137
GERBER LIL' BRAINIES 137
GERITOL COMPLETE 137
GILOTRIF 17
glatiramer acetate 110
GLATOPA 110
GLEOSTINE 14
glimepiride 67
glipizide 67
glipizide er 67
glipizide xl 67
glipizide-metformin hcl 67
global alcohol prep ease 66
glucoten 137
glutamine 120
GLUTOSE 5 58
glycerin (adult) 79
glycerin (infants & children) 79
glycerin adult 79
glycerin childrens 79
GLYCOLAX 79
glycopyrrolate 76
GLYDO 149
GLYXAMBI 67
gnp 8 hour arthritis relief 36
gnp 8 hour pain relief 36
gnp 8 hour pain reliever 36
gnp acetaminophen 36
gnp all day allergy 93
gnp all day allergy childrens 93
gnp all day allergy-d 100
gnp allergy 93
gnp allergy & congestion 100
gnp allergy relief 93
gnp allergy relief 24 hr 93
gnp allergy relief max st 93
gnp allergy/congestion relief 100
gnp antacid 74
gnp antacid & anti-gas 74
gnp antacid regular strength 74

gnp antibacterial urinary pain 43
gnp anti-diarrheal 75
gnp anti-gas 77
gnp anti-itch 155
gnp antiseptic skin cleanser 155
gnp artificial tears 90
gnp aspirin 36
gnp aspirin low dose 36
gnp athletes foot 151
gnp bacitracin zinc 150
gnp biotin 137
gnp calcium 126
gnp calcium 500 +d3 126
gnp calcium 600 +d/minerals 126
gnp calcium 600 +d3 126
gnp calcium citrate +d3 126
gnp childrens allergy 93
gnp childrens chewables/ex c 137
gnp childrens ibuprofen 32
GNP CLEARLAX 79
gnp clotrimazole 3 82
gnp co q10 121
gnp co q-10 121
gnp cough dm er 100
gnp d 1000 137
gnp earwax removal drops 156
gnp earwax removal kit 156
gnp essential one daily 137
gnp fiber 79
gnp folic acid 137
gnp gas relief 77
gnp gentle laxative 79
gnp glycerin (adult) 79
gnp glycerin child 79
gnp ibuprofen 33
gnp ibuprofen childrens 33
gnp ibuprofen infants 33
gnp infants pain/fever 36
gnp iron 86
gnp lice treatment 153
gnp little ones childrens 137
gnp loperamide hcl 75
gnp loratadine 93
gnp loratadine childrens 93
gnp lubricating plus eye drops 90
gnp magnesium oxide 74
gnp melatonin 121
gnp melatonin maximum strength 121
gnp miconazole 1 82
gnp miconazole 3 82
gnp miconazole 7 82
gnp milk of magnesia 79
gnp mineral oil 79
gnp mucus er 100
gnp mucus relief 100
gnp nasal decongestant 100
gnp nasal decongestant pe 101
gnp nasal spray 101
gnp nasal spray extra moist 101
gnp nasal spray fast acting 101
gnp natural fiber 79
gnp nicotine 119
gnp nicotine mini 119
gnp nicotine polacrilex 119
gnp no drip nasal spray 101
gnp pain & fever childrens 36
gnp pain & fever infants 36
gnp pain relief 36
gnp pain relief extra strength 36
gnp pain relief nighttime 119
gnp pink bismuth 75
gnp prenatal 137
gnp pseudoephedrine hcl 12 hr 101
gnp senna plus 79
gnp terbinafine hydrochloride 151
gnp tolnaftate 151
gnp triple antibiotic 150
gnp triple antibiotic plus 150
gnp tussin cf cough & cold 101
gnp tussin cough long acting 101
gnp tussin dm 101
gnp tussin dm cough 101
gnp tussin dm max 101
gnp tussin mucus & chest cong 101
gnp vitamin a 137
gnp vitamin b-1 137
gnp vitamin b-12 137
gnp vitamin b-6 137
gnp vitamin c 137
gnp vitamin c drops 137
gnp vitamin c w/rose hips 137
gnp vitamin c/rose hips 137
gnp vitamin d 137
gnp vitamin d maximum strength 137
gnp vitamin d super strength 137
gnp vitamin d3 extra strength 137
gnp vitamin d-400 138
gnp vitamin e 138
gnp womens gentle laxative 79
GOLD BOND ULTIMATE HEALING 155
goodsense all day allergy 93
goodsense aller-ease 93
goodsense allergy relief 93
goodsense anti-diarrheal 75
goodsense arthritis pain 36
goodsense aspirin 37
goodsense aspirin low dose 36
GOODSENSE CLEARLAX 79
goodsense cough dm 101
goodsense cough dm childrens 101
goodsense electrolyte 123
goodsense epsom salt 80
goodsense first aid antibiotic 150
goodsense ibuprofen 33
goodsense ibuprofen childrens 33
goodsense ibuprofen infants 33
goodsense lubricating eye drop 90
goodsense mineral oil 80
goodsense mucus er 101
goodsense mucus er maximum str 101
goodsense mucus relief child 101
goodsense nicotine 119
goodsense pain & fever child 37
goodsense pain & fever infants 37
goodsense pain relief 37
goodsense pain relief extra st 37
goodsense tussin cf 101
goodsense tussin dm 101
goodsense tussin dm max 101
granisetron hcl 76
grape flavor 56
griseofulvin microsize 41
griseofulvin ultramicrosize 41
guaifenesin 101
guaifenesin er 101
guaifenesin-codeine 101
guaifenesin-dm 101
guanfacine hcl 55
guanfacine hcl er 116
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/MIN 138
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 58
GVOKE KIT 58
GVOKE PFS 58
HAEGARDA 84
HAILEY 1.5/30 61
HAILEY 24 FE 61
hair skin nails 138
hair/skin/nails 138
halobetasol propionate 153
HALOETTE 61
haloperidol 114
haloperidol decanoate 114
haloperidol lactate 114
HARVONI 45
HAVRIX 30
healthy eyes supervision 2 138
healthy eyes/lutein-zeaxanthin 138
healthy hair/skin/nails 138
healthy kids gummies 138
HEALTHYLAX 80
HEATHER 61
h-e-b oral electrolyte 123
HEMATEX 86
hematinic/folic acid 86
HEMATOGEN FA 86
HEMOCYTE PLUS 86
heparin (porcine) in nacl 83
heparin sod (porcine) in d5w 83
heparin sodium (porcine) 83
heparin sodium (porcine) pf 83
HEPLISAV-B 30
HERCEPTIN 17
HERCEPTIN HYLECTA 17
HERZUMA 17
HIBERIX 30
high potency multivitamin 138
hm acetaminophen childrens 37
hm adult aspirin 37

hm all day allergy childrens 94
hm allergy relief 94
hm allergy relief (cetirizine) 94
hm allergy relief/nasal decong 101
hm antacid 74
hm antacid anti-gas ex st 74
hm antiseptic skin cleanser 155
hm arthritis pain relief 37
hm aspirin 37
hm aspirin ec low dose 37
hm bacitracin zinc 150
hm biotin 138
hm calcium citrate+d3 petite 126
hm cetirizine hcl 94
HM CLEARLAX 80
hm cough dm 101
hm dry eye relief 90
hm enema 80
hm gas relief 77
hm gas relief infants drops 77
hm gentle laxative 80
hm ibuprofen 33
hm ibuprofen childrens 33
hm laxative 80
hm lidocaine patch 155
hm loratadine 94
hm loratadine childrens 94
hm lubricating tears 90
hm milk of magnesia 80
hm nasal decongestant 12 hour 101
hm nasal decongestant pe 101
hm nicotine 119
hm nicotine polacrilex 119
hm nose drops 101
hm pain reliever 37
hm petroleum jelly 56
hm senna 80
hm stomach relief ultra 75
hm stool softener 80
hm stool softener/laxative 80
hm triple antibiotic 150
hm triple antibiotic max st 150
hm vitamin b-12 138
hm vitamin c 138
HONEY BEARS W/IRON-ZINC 138
HUMIRA (2 PEN) 26
HUMIRA (2 SYRINGE) 26
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 26
HUMIRA-PED>/=40KG UC STARTER 26
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER 26
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 66
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 66
HYCODAN 102
hydralazine hcl 55
HYDRALYTE 123
HYDRASYN25 155
hydrochlorothiazide 54
hydrocod poli-chlorphe poli er 102
hydrocodone bitartrate er 34
hydrocodone bit-homatrop mbr 102
hydrocodone-acetaminophen 34
hydrocodone-ibuprofen 34
hydrocortisone 72, 77, 153
hydrocortisone (perianal) 155
hydromet 102
hydromorphone hcl 34
hydrous emulsified base 56
hydroxocobalamin acetate 138
hydroxychloroquine sulfate 28
hydroxyurea 24
hydroxyzine hcl 94
hydroxyzine pamoate 94
HYSINGLA ER 34
ibandronate sodium 73
IBRANCE 17, 18
IBU 33
ibuprofen 33
ibuprofen childrens 33
ibuprofen junior strength 33
ICAPS 138
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 138
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN 138
icatibant acetate 84
ICLEVIA 61
ICLUSIG 18
IDACIO (2 PEN) 27
IDACIO (2 SYRINGE) 27
IDACIO-CROHNS/UC STARTER 27
IDACIO-PSORIASIS STARTER 27
IDHIFA 18
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST 43
imatinib mesylate 18
IMBRUVICA 18
imipenem-cilastatin 43
imipramine hcl 112
imiquimod 155
immune support 138
IMMUNERX 138
IMOVAX RABIES 30
INBRIJA 110
INCASSIA 61
INCRELEX 69
INCRUSE ELLIPTA 92
indapamide 54
INDICAID COVID-19 RAPID TEST 43
INFANRIX 30
infants ibuprofen 33
INFED 86
infliximab 27
INFUVITE ADULT 138
INFUVITE PEDIATRIC 138
INJECTAFER 86
INLYTA 18
INQOVI 24
INREBIC 18
INSPIRACHAMBER/LARGE 97
INSPIRACHAMBER/MEDIUM 97
INSPIRACHAMBER/MOUTHPIECE 97
INSPIRACHAMBER/SMALL 97
INSPIREASE 97
INTEGRA 86
INTEGRA F 86
INTEGRA PLUS 86
INTELENCE 39
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST 43
INTRALIPID 129
INTROVALE 61
INVEGA HAFYERA 114
INVEGA SUSTENNA 114
INVEGA TRINZA 114
IPOL 30
ipratropium bromide 92
ipratropium-albuterol 95
irbesartan 50
irbesartan-hydrochlorothiazide 53
irinotecan hcl 25
iron 86
iron 27 86
iron chews pediatric 86
iron high-potency 86
iron slow release 86
iron supplement 86
IRON UP 86
IS-D 10,000 138
ISENTRESS 39
ISENTRESS HD 39
ISIBLOOM 61
ISOLYTE-P IN D5W 121
ISOLYTE-S 121
ISOLYTE-S PH 7.4 121
isoniazid 40
isosorbide dinitrate 56
isosorbide mononitrate 56
isosorbide mononitrate er 56
isotretinoin 149
isradipine 52
itch relief extra strength 155
itraconazole 41
ivabradine hcl 55
ivermectin 43
IWILFIN 25
IXCHIQ 30
IXIARO 31
JAKAFI 18
JANTOVEN 83
JANUMET 67
JANUMET XR 67, 68
JANUVIA 68
JARDIANCE 68
JASMIEL 61
JAVYGTOR 70
JAYPIRCA 18
JENTADUETO 68
JENTADUETO XR 68
JINTELI 71

JOLESSA 61
JULEBER 61
JULUCA 40
JUNEL 1.5/30 61
JUNEL 1/20 61
JUNEL FE 1.5/30 61
JUNEL FE 1/20 61
JUNEL FE 24 61
just 4 kidz multivit/probiotic 138
JYLAMVO 28
JYNNEOS 31
KADCYLA 18
KAITLIB FE 61
KALYDECO 97
KANJINTI 18
KARIVA 61
kcl (0.149%) in nacl 121
kcl in dextrose-nacl 121
KELNOR 1/35 61
KELNOR 1/50 61
KERADAN 155
KERENDIA 49
KERR TRIPLE DYE SWABS 155
KESIMPTA 110
ketoconazole 41, 151, 152
KETO-DIASTIX 70
ketorolac tromethamine 90
KEVZARA 27
KEYTRUDA 18
kimono 61
KIMONO COLORS 61
KIMONO MAXX-LARGE FLARE 61
kimono micro thin 61
kimono micro thin plus 61
kimono plus 61
kimono sensation 61
kimono sensation plus 61
KIMONO SPECIAL 61
KINDERLYTE 123
KINDERLYTE PREMAX 123
KINRIX 31
KIONEX 58
KISQALI (200 MG DOSE) 18
KISQALI (400 MG DOSE) 18
KISQALI (600 MG DOSE) 18
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 25
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 25
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 25
KLAYESTA 151
KLOR-CON 122, 123
KLOR-CON 10 122
KLOR-CON M10 122
KLOR-CON M15 122
KLOR-CON M20 122
kobee 138
konsyl daily fiber 80
KORLYM 70
KOSELUGO 18, 19
KOURZEQ 148
kp b complex-c 138
kp calcium 600+d 126
kp calcium citrate+d 126
kp calcium-magnesium-zinc 126
kp ferrous gluconate 86
kp ferrous sulfate 86
kp folic acid 138
kp mag-oxide magnesium 127
kp melatonin 121
kp niacin 138
kp prenatal multivitamins 138
kp vitamin b-12 138
kp vitamin b-6 138
kp vitamin d 138
kp vitamin d3 138
KRAZATI 19
KURVELO 61
labetalol hcl 52
LAC-HYDRIN FIVE 155
lacosamide 107, 118
lactated ringers 121
lactulose 80
lactulose encephalopathy 80
lamivudine 39, 45
lamivudine-zidovudine 40
lamotrigine 107
lamotrigine er 107
lanreotide acetate 70
lansoprazole 78
lanthanum carbonate 57
LANTUS 66
LANTUS SOLOSTAR 66
lapatinib ditosylate 19
LARIN 1.5/30 61
LARIN 1/20 62
LARIN 24 FE 62
LARIN FE 1.5/30 62
LARIN FE 1/20 62
latanoprost 88
laxative max str 80
laxative regular strength 80
LAYOLIS FE 62
leader finger cream 155
LEENA 62
leflunomide 28
lenalidomide 25
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 19
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 19
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 19
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 19
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 19
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 19
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 19
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 19
LESSINA 62
letrozole 15
leucovorin calcium 23
LEUKERAN 14
leuprolide acetate 15
levalbuterol hcl 95
levalbuterol tartrate 95
levetiracetam 107, 119
levetiracetam er 107
levetiracetam in nacl 118
levobunolol hcl 88
levocarnitine 70
levocetirizine dihydrochloride 94
levofloxacin 47, 48
levofloxacin in d5w 47
LEVONEST 62
levonorgest-eth est & eth est 62
levonorgest-eth estrad 91-day 62
levonorgestrel-ethinyl estrad 62
levonorg-eth estrad triphasic 62
LEVORA 0.15/30 (28) 62
LEVO-T 58
levothyroxine sodium 58
LEVOXYL 58
l-glutamine 84
LIBERVANT 107
lice killing 153
lice killing maximum strength 153
lice treatment creme rinse 153
lidocaine 149
lidocaine hcl 38, 149
lidocaine hcl (pf) 38
lidocaine pain relief 155
lidocaine pain relieving 155
lidocaine viscous hcl 148
lidocaine-prilocaine 149
LIDOCAN 149
linezolid 43
linezolid in sodium chloride 43
LINZESS 77
liothyronine sodium 58
liquid acetaminophen 37
liquid allergy relief 94
lisinopril 56
lisinopril-hydrochlorothiazide 54
lithium 117
lithium carbonate 117
lithium carbonate er 117
l-methylfolate calcium 138
l-methyl-mc 139
LOESTRIN 1.5/30 (21) 62
LOESTRIN 1/20 (21) 62
LOESTRIN FE 1.5/30 62
LOESTRIN FE 1/20 62
lohist-dm 102
LOKELMA 58
LOMAIRA 72
LONSURF 24
loperamide hcl 75, 77
lopinavir-ritonavir 40, 41
loratadine 94
loratadine childrens 94
loratadine-d 12hr 102
loratadine-d 24hr 102

lorazepam ... 111
LORAZEPAM INTENSOL ... 111
LORBRENA ... 19
LORYNA ... 62
losartan potassium ... 50
losartan potassium-hctz ... 53
LOTEMAX ... 90
loteprednol etabonate ... 90
lovastatin ... 50
LOW-OGESTREL ... 62
loxapine succinate ... 114
lubricant eye drops ... 90
lubricating eye drops ... 90
lubricating plus eye drops ... 91
lubricating tears eye drops ... 91
LUCIRA CHECK IT COVID-19 TEST ... 43
LUMAKRAS ... 19
LUMIGAN ... 88
LUMIZYME ... 70
LUPRON DEPOT (1-MONTH) ... 15
LUPRON DEPOT (3-MONTH) ... 15
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 70
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 70
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) 70
lurasidone hcl ... 114, 115
LUTERA ... 62
LYLEQ ... 62
LYLLANA ... 71
LYNPARZA ... 19
LYSIPLEX PLUS ... 139
LYSODREN ... 15
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ... 19
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ... 19
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ... 19
LYZA ... 62
MACULAR HEALTH FORMULA ... 139
MAG64 ... 127
mag-al plus ... 74
mag-al plus xs ... 74
MAGDELAY ... 127
mag-g ... 127
MAGNEBIND 300 ... 127
MAGNEBIND 400 ... 127
magnesium ... 127
magnesium gluconate ... 127
magnesium lactate ... 127
magnesium oxide ... 74
magnesium oxide -mg supplement ... 74, 127
magnesium sulfate ... 122
magnesium sulfate in d5w ... 121
MAGNESIUM-OXIDE ... 127
MAGOX 400 ... 127
MAG-OXIDE ... 127
malathion ... 153
manganese chloride ... 127
mapap ... 37
mapap arthritis pain ... 37
MAPAP CHILDRENS ... 37
maraviroc ... 39
MAR-COF BP ... 102
MAR-COF CG EXPECTORANT ... 102
marlissa ... 62
MARPLAN ... 112
MATULANE ... 25
MAVYRET ... 45
MAXIFED ... 102
MAXIMUM D3 ... 139
maxi-tuss ac ... 102
maxi-tuss cd ... 102
maxi-tuss g ... 102
maxi-tuss gmx ... 102
maxx ... 62
maxx plus ... 62
m-clear wc ... 102
m-dryl ... 94
meclizine hcl ... 76
medroxyprogesterone acetate ... 62, 73
mefloquine hcl ... 44
megestrol acetate ... 15, 73
meijer c ... 139
meijer ibuprofen ... 33
MEKINIST ... 19
MEKTOVI ... 20
melatonin ... 56, 121
melatonin maximum strength ... 121
meloxicam ... 33
memantine hcl ... 111
memantine hcl er ... 111
MENACTRA ... 31
M-END PE ... 102
MENQUADFI ... 31
mens 50+ advanced ... 139
mens daily formula/lycopene ... 139
mens multivitamin ... 139
MENVEO ... 31
mercaptopurine ... 24
MERIBIN ... 139
meropenem ... 43
mesalamine ... 77
mesalamine er ... 77
mesalamine-cleanser ... 78
MESNEX ... 24
METAFOLBIC PLUS ... 139
metformin hcl ... 68
metformin hcl er ... 68
methadone hcl ... 34
METHADONE HCL INTENSOL ... 34
methazolamide ... 54
methenamine hippurate ... 43
methimazole ... 58
methocarbamol ... 110
methotrexate sodium ... 24, 28
methotrexate sodium (pf) ... 24
methsuximide ... 107
methylphenidate hcl ... 116
methylphenidate hcl er ... 116
methylprednisolone ... 72
methylprednisolone acetate ... 72
methylprednisolone sodium succ ... 72
methyltestosterone ... 59
metoclopramide hcl ... 76
metolazone ... 54
metoprolol succinate er ... 52
metoprolol tartrate ... 52
metoprolol-hydrochlorothiazide ... 53
metronidazole ... 43, 82, 155
metyrosine ... 55
mgo ... 127
MIBELAS 24 FE ... 62
micafungin sodium ... 41
miconazole 3 combo-supp ... 82
miconazole 7 ... 82
miconazole nitrate ... 82, 151
MICROCHAMBER ... 97
microderm base ... 56
MICROGESTIN 1.5/30 ... 63
MICROGESTIN 1/20 ... 63
MICROGESTIN 24 FE ... 63
MICROGESTIN FE 1.5/30 ... 63
MICROGESTIN FE 1/20 ... 63
MICROSOME BASE ... 56
MICROSPACER ... 97
midodrine hcl ... 55
MIEBO ... 91
mifepristone ... 70
miglustat ... 70
MILI ... 63
milk of magnesia ... 80
MIMVEY ... 71
mineral oil ... 80
minocycline hcl ... 49
minoxidil ... 55
mintox maximum strength ... 74
MINTOX PLUS ... 74
MIRALAX ... 80
mirtazapine ... 112
misoprostol ... 77
MITIGARE ... 38
M-M-R II ... 31
m-natal plus ... 123
modafinil ... 118
moexipril hcl ... 56
moisturizing cream ... 155
molindone hcl ... 115
mometasone furoate ... 153
MONISTAT 7 COMBO PACK APP ... 82
MONJUVI ... 20
MONOFERRIC ... 86
MONO-LINYAH ... 63
montelukast sodium ... 99
MOOD FOOD ES ... 139
morphine sulfate ... 35
morphine sulfate (concentrate) ... 34
morphine sulfate (pf) ... 34, 35
morphine sulfate er ... 34
MOUNJARO ... 68
MOVANTIK ... 77
moxifloxacin hcl ... 48, 89

moxifloxacin hcl in nacl 48
m-pap 37
MRESVIA 31
MUCINEX 102
MUCINEX CHILDRENS FREEFROM 102
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE 102
MUCINEX COUGH CHILDRENS .. 102
MUCINEX DM 102
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS 102
MUCINEX FAST-MAX CONGEST COUGH 102
MUCINEX FAST-MAX DM MAX 102
MUCINEX FREEFROM SEV CNGST/CGH 102
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH 102
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL 103
mucus & chest congestion 103
mucus relief 103
mucus relief childrens 103
mucus relief cough childrens 103
mucus relief dm 103
mucus relief dm max 103
mucus relief er 103
mucus relief max st 103
MULTAQ 50
multi + omega-3 adult gummies 139
multi adult gummies 139
multi for her 139
multi for her 50+ 139
multi vitamin 139
multi vitamin w/d-3 139
MULTIGEN 86
MULTIGEN PLUS 86
multiple electro type 1 ph 5.5 122
multiple electro type 1 ph 7.4 122
multiple vitamins 139
multiple vitamins essential 139
multiple vitamins/iron 139
multipro 139
multi-vit/iron/fluoride 139
multivitamin 139
multi-vitamin 139
multivitamin & mineral 139
multivitamin adult 139
multivitamin childrens 139
multivitamin childrens (w/ fa) 139
multivitamin childrens gummies 139
multi-vitamin gummies 139
multivitamin gummies adult 139
multivitamin gummies mens 139
multivitamin gummies womens 139
multivitamin infant & toddler 139
multivitamin/fluoride 139, 140
multi-vitamin/fluoride 140
multi-vitamin/fluoride/iron 140
multi-vitamin/iron 140
multivitamins plus iron child 140
multi-vite 140
multivit-min gummies childrens 140
mupirocin 150
MURO 128 91
MVW COMPLETE FORMULATION 140
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 140
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 140
MVW COMPLETE FORMULATION MINIS 140
mycophenolate mofetil 29
mycophenolate sodium 29
MYRBETRIQ 82
na ferric gluc cplx in sucrose 86
na sulfate-k sulfate-mg sulf 80
nabumetone 33
nadolol 52
nafcillin sodium 48
NAGLAZYME 70
nalbuphine hcl 35
naloxone hcl 119
naltrexone hcl 119
NAMZARIC 111
NAPHCON-A 88
naproxen 33
naproxen dr 33
naproxen sodium 33
naratriptan hcl 118
nasal decongestant 103
nasal decongestant pe 103
nasal decongestant spray 103
nasal four 103
nasal relief 103
nasal spray 12 hour 103
nasal spray extra moisturizing 103
NASCOBAL 140
NATACYN 89
nateglinide 68
NATPARA 73
natural c/rose hips 140
natural psyllium seed 80
natural vitamin d-3 140
NAYZILAM 107
nebivolol hcl 52
NECON 0.5/35 (28) 63
nefazodone hcl 112
neomycin sulfate 43
neomycin-bacitracin zn-polymyx 89
neomycin-polymyxin-dexameth 88
neomycin-polymyxin-gramicidin 89
neomycin-polymyxin-hc 89, 92
NEO-POLYCIN 89
NEO-POLYCIN HC 89
NEOQ10 121
NEPHPLEX RX 140
nephro vitamins 140
NEPHRON FA 86
NEPHRO-VITE 140
NERLYNX 20
neti pot sinus wash 97
NEUPRO 110
NEUTROGENA HAND 155
nevirapine 39
nevirapine er 39
NEXAVAR 20
NEXLETOL 51
NEXLIZET 51
niacin 140
niacin er 140
niacin er (antihyperlipidemic) 51
niacinamide 140
nicardipine hcl 52
NICODERM CQ 119
NICOMIDE 140
nicotine 120
nicotine mini 120
nicotine polacrilex 120
nicotine polacrilex mini 120
nicotine step 1 120
nicotine step 2 120
nicotine step 3 120
NICOTROL 120
NICOTROL NS 120
nifedipine er 52
nifedipine er osmotic release 52
NIFEREX 86
NIKKI 63
nilutamide 15
nimodipine 52
NINJACOF-XG 103
NINLARO 20
nitazoxanide 43
nitisinone 70
NITRO-BID 56
nitrofurantoin macrocrystal 43
nitrofurantoin monohyd macro 43
nitroglycerin 56, 155
NIVA-FOL 140
NIVANEX DMX 103
nizatidine 74
no drip nasal spray 103
nohist-dm 103
NORA-BE 63
norelgestromin-eth estradiol 63
norethin ace-eth estrad-fe 63
norethindrone 63
norethindrone acetate 73
norethindrone acet-ethinyl est 63
norethindrone-eth estradiol 71
norethindron-ethinyl estrad-fe 63
norethin-eth estradiol-fe 63
norgestimate-eth estradiol 63
norgestim-eth estrad triphasic 63
NORLYROC 63
NORPACE CR 50
NORTREL 0.5/35 (28) 63
NORTREL 1/35 (21) 63

NORTREL 1/35 (28) 63
NORTREL 7/7/7 63
nortriptyline hcl 112
NORVIR 39
norwegian cod liver oil 140
NOVAFERRUM 87
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS 87
NOVOLIN 70/30 66
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN 66
NOVOLIN N 66
NOVOLIN N FLEXPEN 66
NOVOLIN R 66
NOVOLIN R FLEXPEN 66
NOVOLOG MIX 70/30 66
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN 66
NUBEQA 15
NUEDEXTA 117
NUFERA 87
NU-IRON 87
NULOJIX 29
NU-MAG 127
NUPLAZID 115
NURTEC 118
NUTRADERM 155
NUTRILIPID 129
NUZYRA 49
NYAMYC 151
NYLIA 1/35 63
NYLIA 7/7/7 63
NYMALIZE 52
NYMYO 63
nystatin 41, 148, 151
NYSTOP 151
OCELLA 63
OCTAGAM 28
octreotide acetate 70
OCUVITE ADULT 50+ 140
OCUVITE ADULT FORMULA 140
OCUVITE EYE HEATLH GUMMIES 140
OCUVITE-LUTEIN 141
ODEFSEY 41
ODOMZO 20
OFEV 97
ofloxacin 89, 92
OGIVRI 20
OGSIVEO 20
OJEMDA 20
OJJAARA 20
olanzapine 115
olmesartan medoxomil 50
olmesartan medoxomil-hctz 53
olmesartan-amlodipine-hctz 53
omega-3-acid ethyl esters 51
omeprazole 78
omnicap 141
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 66
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 66
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) 66
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5) 66
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 66
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) 66
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 66
OMNIPOD GO 66
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST 43
ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST 43
ondansetron 76
ondansetron hcl 76
ONE DAILY ESSENTIAL 141
one daily multivitamin adult 141
one daily multivitamin/iron 141
ONE-A-DAY ESSENTIAL 141
ONE-A-DAY FOR HER VITACRAVES 141
ONE-A-DAY FOR HIM VITACRAVES 141
ONE-A-DAY JOLLY RANCHER 141
ONE-A-DAY MENS 141
ONE-A-DAY MENS VITACRAVES 141
ONE-A-DAY VITACRAVES 141
ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT 141
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY 141
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR 141
ONE-A-DAY VITACRAVES+OMEGA-3 141
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES 141
one-daily multi caps 141
one-daily multi vitamins 141
one-daily multi-vitamin 141
one-daily multi-vitamin/iron 141
one-daily/iron 141
ONTRUZANT 20
ONUREG 24
OPCON-A 88
OPSUMIT 55
OPTICHAMBER DIAMOND 97
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK 97
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK 97
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK 97
OPTIFAST POST BARIATRIC 141
OPTIMAL D3 M 141
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG 141
OPURITY BYPASS OPTIMIZED 141
oral electrolytes 123
oral suspend 56
ORALYTE 123
ORAPENN SD ANHYD SWEETENED 56
ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN 56
ORA-PLUS 57
ORASEP 148
ORAZINC 127
ORGOVYX 15
ORKAMBI 97
ORSERDU 15
OS-CAL 127
OS-CAL CALCIUM + D3 127
OS-CAL EXTRA D3 127
oseltamivir phosphate 45
OTEZLA 27
oxacillin sodium 48
oxaliplatin 14
oxcarbazepine 107
oxybutynin chloride 82
oxybutynin chloride er 82
oxycodone hcl 35
oxycodone-acetaminophen 35
OXYCONTIN 34
OYSCO 500+D 127
oyster shell calcium 127
oyster shell calcium + d 127
oyster shell calcium + d3 127
oyster shell calcium plus d 127
oyster shell calcium w/d 127
oyster shell calcium/d 128
oyster shell calcium/d3 128
oyster shell calcium/vit d3 128
oyster shell calcium/vitamin d 128
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 68
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 68
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 68
PACERONE 50
paclitaxel 25
paclitaxel protein-bound part 25
pain & fever childrens 37
pain & fever infants 37
pain relief 37
pain relief extra strength 37
pain relief regular strength 37
paliperidone er 115
pamidronate disodium 73
pan-c 500/bioflavonoids 141
PANRETIN 155
pantoprazole sodium 78
PANZYGA 29
PARAPLATIN 14
paricalcitol 59
paroxetine hcl 113
PAXLOVID (150/100) 45
PAXLOVID (300/100) 45
pazopanib hcl 20
pc pediatric poly-vita/fe drop 141
pc pediatric poly-vitamin drop 142
PCCA BASE 7542 57

PCCA EMOLLIENT CREAM BASE . 57
ped electrolyte freeze pops 123
ped electrolyte freezer pops 123
PEDIA VANCE 123
PEDIA-LAX 80
PEDIALYTE 123
PEDIALYTE ADVANCED CARE ... 123
PEDIALYTE FREEZER POPS 123
PEDIALYTE SINGLES 123
PEDIARIX 31
pediatric electrolyte 123
PEDVAX HIB 31
peg 3350 80
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 80
peg-3350/electrolytes 80
PEGASYS 45
PEMAZYRE 20
pemetrexed disodium 24
PENBRAYA 31
penicillamine 58
penicillin g pot in dextrose 48
penicillin g potassium 49
penicillin g sodium 49
penicillin v potassium 49
PEN-KERA 155
PENTACEL 31
pentamidine isethionate 43
pentoxifylline er 84
PENTRAVAN 155
PENTRAVAN PLUS 155
PERIDIN-C 142
perindopril erbumine 56
PERIOGARD 148
PERIOMED 148
permethrin 153
perphenazine 115
PERSERIS 115
petrolatum 57
petroleum jelly 57
PFCB 57
PFIZERPEN 49
pharbedryl 94
PHARBETOL 37
PHARBETOL EXTRA STRENGTH . 37
PHARMABASE ANTIOXIDANT 57
PHARMABASE COSMETIC 57
PHARMABASE COSMETIC NATURAL 57
PHARMABASE LIGHT 57
PHARMABASE VAGINAL 57
pharmacist choice d-vitamin 142
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH 77
phendimetrazine tartrate 72
phenelzine sulfate 113
phenobarbital 107
phenobarbital sodium 119
phentermine hcl 72
phenylephrine-dm-gg 103
PHENYTEK 108
phenytoin 108
phenytoin sodium 119
phenytoin sodium extended 108
PHESGO 20
PHILITH 63
PHYTOBASE 57
phytonadione 142
PIFELTRO 39
pilocarpine hcl 88, 148
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST . 43
pimozide 115
PIMTREA 64
pindolol 52
pioglitazone hcl 68
pioglitazone hcl-metformin hcl 68
piperacillin sod-tazobactam so 49
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 20
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 20
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 20
pirfenidone 97, 98
piroxicam 33
plain niacin 142
PLASMA-LYTE 148 122
PLASMA-LYTE A 122
PLENAMINE 129
PLENVU 80
POCKET CHAMBER 98
POCKET SPACER 98
podofilox 155
POLYCIN 89
polyethylene glycol 3350 ..... 57, 80
POLY-IRON 150 87
polymyxin b-trimethoprim 89
polysaccharide iron complex 87
polysaccharide-iron complex 87
poly-tussin ac 103
POLY-VENT IR 103
polyvinyl alcohol 91
POLY-VI-SOL 142
POLY-VI-SOL/IRON 142
poly-vita 142
poly-vita/iron 142
poly-vite pediatric 142
poly-vite/iron 142
POMALYST 25
PORTIA-28 64
posaconazole 41
potassium chloride 122, 123
potassium chloride crys er 123
potassium chloride er 123
potassium chloride in nacl 122
potassium citrate er 83
potassium cl in dextrose 5% 122
povidone-iodine 155
pramipexole dihydrochloride 110
prasugrel hcl 88
pravastatin sodium 51
praziquantel 43
prazosin hcl 49
prednisolone 72
prednisolone acetate 90
prednisolone sodium phosphate 72, 90
prednisone 72
PREDNISONE INTENSOL 72
preferred plus insulin syringe 66
pregabalin 108
PREHEVBRIO 31
PREMASOL 129
prenatal 123, 142
prenatal 19 142
prenatal one daily 142
prenatal vitamin and mineral 142
prenatal vitamins 142
prenatal/iron 142
PRESERVISION AREDS 142
PRESERVISION AREDS 2 142
PRESERVISION/LUTEIN 142
PRETTY FEET/HANDS 155
PREVALITE 51
PREVYMIS 45
PREZCOBIX 41
PREZISTA 39
PRIFTIN 40
primaquine phosphate 44
primidone 108
PRIORIX 31
PRIVIGEN 29
pro comfort spacer adult 98
pro comfort spacer child 98
pro comfort spacer infant 98
probenecid 38
procare spacer/adult mask 98
procare spacer/child mask 98
prochlorperazine 76
prochlorperazine edisylate 76
prochlorperazine maleate 76
PROCRIT 85
PROCTOCORT 155
PROCTO-MED HC 155
PROCTOSOL HC 155
PROCTOZONE-HC 155
progesterone 73
PROGRAF 29
PROLASTIN-C 98
PROLENSA 90
PROLIA 73
PROMACTA 84
promethazine hcl 76
promethazine vc/codeine 103
promethazine-codeine 103
promethazine-dm 103
PRONUTRIENTS CALCIUM+D3 ... 128
propafenone hcl 50
propafenone hcl er 50
proparacaine hcl 91
propranolol hcl 52
propranolol hcl er 52
propylthiouracil 58
PROQUAD 31
PRORENAL + D W/ OMEGA-3 142
PROSOL 129

PROTECT CARDIO AF 142
PROTECT PLUS SO 142
PROTEGRA 142
protriptyline hcl 113
pseudoeph-bromphen-dm 103
pseudoephedrine hcl 103
pseudoephedrine hcl er 103
PULMOZYME 98
pure calcium carbonate 128
pure comfort spacer chamber 98
purevit dualfe plus 87
PUREWAY-C 142
PURIXAN 24
px b complex/vitamin c 142
px calcium 128
PX CHILDRENS VITAMIN 142
px folic acid 142
px ibuprofen 33
px iron 87
px stomach relief max st 75
px vitamin c 142
px vitamin e 142
pyrazinamide 40
pyridostigmine bromide 117
pyridoxine hcl 142
qc 3 day 82
qc all day allergy 94
qc allergy childrens 94
qc antacid 74
qc antacid/anti-gas 74
qc anti-diarrheal 75
qc antifungal (tolnaftate) 151
qc arthritis pain relief 37
qc aspirin 37
qc aspirin low dose 37
qc calamine 155
qc calcium fast dissolution 128
qc childrens allergy 94
qc childrens complete 142
qc childrens ibuprofen 33
qc childrens vitamins/extra c 142
qc clotrimazole 82
qc daily multivitamins/iron 143
qc diarrhea relief 75
qc enema 80
qc enteric aspirin 37
qc epsom salt 80
qc ferrous sulfate 87
qc fiber laxative 80
qc fiber therapy 80
qc gas relief extra strength 77
qc gentle laxative 80
qc ibuprofen 33
qc loratadine allergy relief 94
qc loratadine-d 103
qc miconazole 7 82
qc milk of magnesia 81
qc mineral oil heavy 81
qc mucus relief 104
qc mucus relief er 104
qc nasal decongestant pe 104
qc natural vegetable 81
qc natura-lax 81
qc nicotine transdermal system 120
qc non-aspirin childrens 37
qc non-aspirin extra strength 37
qc pain relief 38
qc pain relief childrens 37
qc pain relief extra strength 37
qc pink bismuth 75
qc povidone iodine 155
qc stomach relief ultra 75
qc stool softener 81
qc stool softener pls laxative 81
qc suphedrine maximum strength 104
qc tolnaftate 151
qc triple antibiotic max st 150
qc tussin cf 104
qc tussin dm cough/congestion 104
qc tussin mucus/congestion 104
qc vapor inhaler 104
QINLOCK 20
Q-SORB CO Q-10 121
QSYMIA 73
QUADRACEL 31
quetiapine fumarate 115
quetiapine fumarate er 115
QUFLORA FE 143
QUFLORA FE PEDIATRIC 143
QUFLORA GUMMIES 143
QUFLORA PEDIATRIC 143
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST 43
quinapril hcl 56
quinidine sulfate 50
quinine sulfate 44
quintabs 143
QULIPTA 118
ra balanced b-100 143
ra balanced b-50 143
ra b-complex 143
ra b-complex with b-12 143
ra biotin 143
ra calcium 600 128
ra calcium 600/vitamin d-3 128
ra calcium cit plus vit d-3 128
ra calcium citrate plus vit d 128
ra calcium cit-vit d-3 petites 128
ra calcium plus vitamin d 128
ra coenzyme q-10 121
ra folic acid 143
RA HI CAL 128
ra high potency iron 87
ra iron 87
ra natural magnesium 128
ra niacin 143
ra no flush niacin 143
ra pediatric electrolyte 124
ra slow release iron 87
ra vitamin a 143
ra vitamin b-1 143
ra vitamin b12 143
ra vitamin b-12 143
ra vitamin b-12 tr 143
ra vitamin b-6 143
ra vitamin c 143
ra vitamin c cr 143
ra vitamin c/rose hips 143
ra vitamin d-3 143
ra vitamins complete childrens 143
ra zinc 128
RABAVERT 31
rabeprazole sodium 78
RADIANCE PLATINUM VITAMIN D3 143
raloxifene hcl 70
ramipril 56
ranolazine er 55
rasagiline mesylate 110
RAYALDEE 59
REALITY LATEX CONDOMS 64
RECLIPSEN 64
RECOMBIVAX HB 31
RECTIV 155
reeses pinworm medicine 43
REFRESH 91
REFRESH CELLUVISC 91
REFRESH LIQUIGEL 91
REFRESH OPTIVE 91
REFRESH OPTIVE ADVANCED 91
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF 91
REFRESH OPTIVE MEGA-3 91
REFRESH OPTIVE PF 91
REFRESH PLUS 91
REFRESH RELIEVA 91
REFRESH TEARS 91
REGRANEX 149
REGULOID 81
REHYDRALYTE 124
RELENZA DISKHALER 45
RELI-ON INSULIN SYRINGE 66
RELISTOR 77
REMICADE 27
RENAL 143
renal vitamin 143
rena-vite 143
RENFLEXIS 27
repaglinide 68
REPATHA 51
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 51
REPATHA SURECLICK 51
RESTASIS 91
RESTASIS MULTIDOSE 91
RESTORA RX 75
RETEVMO 20, 21
REVLIMID 25
REXULTI 115
REYATAZ 39

REZLIDHIA 21
REZUROCK 29
RHOPRESSA 88
ribavirin 45
RID LICE KILLING SHAMPOO 153
rifabutin 40
rifampin 40
riluzole 117
rimantadine hcl 45
RINVOQ 27
RINVOQ LQ 27
RISABAL-PH 156
risedronate sodium 73
risperidone 115
risperidone microspheres er 115
RITEFLO 98
ritonavir 39
rivastigmine 111
rivastigmine tartrate 111
RIVELSA 64
rizatriptan benzoate 118
robafen cf multi-symptom cold 104
ROBAFEN DM 104
ROBAFEN MUCUS/CHEST CONGESTION 104
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH 104
ROCKLATAN 88
roflumilast 98
ropinirole hcl 110
rosuvastatin calcium 51
ROTARIX 31
ROTATEQ 31
ROWEEPRA 108
ROZLYTREK 21
RUBRACA 21
rufinamide 108
RUKOBIA 39
RYBELSUS 68
RYDAPT 21
rynex pse 104
SAJAZIR 84
SANDIMMUNE 29
SANTYL 149
sapropterin dihydrochloride 70
sb allergy relief/nasal decong 104
sb calcium + d 128
sb lice killing max st 153
sb oyster shell calcium 128
sb pediatric electrolyte 124
sb vitamin c 144
scar care 57
SCEMBLIX 21
scopolamine 76
SECUADO 116
selegiline hcl 110
selenious acid 130
selenium sulfide 152
SELZENTRY 39
senexon-s 81
senna 81
senna laxative 81
senna plus 81
senna s 81
senna-lax 81
senna-tabs 81
senna-time 81
senna-time s 81
SENOKOT EXTRA STRENGTH 81
SEREVENT DISKUS 95
sertraline hcl 113
se-tan plus 87
SETLAKIN 64
sevelamer carbonate 57
SHAROBEL 64
SHINGRIX 31
SIGNIFOR 70
siladryl allergy 94
sildenafil citrate 55
siltussin sa 104
siltussin-dm alcohol free 104
silver sulfadiazine 150
SIMBRINZA 88
SIMLIYA 64
SIMPESSE 64
simvastatin 51
sinus nasal spray 104
sinus relief extra strength 104
sirolimus 29, 30
SIRTURO 40
SIVEXTRO 43
SKYRIZI 27
SKYRIZI PEN 27
SLOW FE 87
slow iron 87
slow release iron 87
sm 3-day vaginal 82
sm 8 hour pain relief 38
sm alcohol 57
sm all day allergy 94
sm all day allergy childrens 94
sm all day allergy-d 104
sm allergy childrens 94
sm allergy relief 94
sm animal shapes complete 144
sm animal shapes kids first 144
sm antacid 75
sm antacid advanced 75
sm antacid advanced max st 75
sm antacid maximum strength 75
sm antibiotic 150
sm anti-diarrheal 75
sm antifungal clotrimazole 151
sm antifungal miconazole 151
sm antifungal tolnaftate 151
sm anti-itch extra strength 156
sm antiseptic skin cleanser 156
sm arthritis pain relief 38
sm aspirin 38
sm aspirin adult low strength 38
sm aspirin ec 38
sm aspirin low dose 38
sm athletes foot 151
sm b super vitamin complex 144
sm b100 complex 144
sm balanced b-50 144
sm b-complex 144
sm b-complex/vitamin c 144
sm biotin 144
sm calamine 156
sm calamine phenolated 156
sm calcium 500/vitamin d3 128
sm calcium 600/vitamin d 128
sm calcium 600+d3 128
sm calcium citrate+/vit d3 128
sm calcium citrate+d3 petite 128
sm calcium citrate+vit d3 max 128
sm calcium/vitamin d 128
sm calcium/vitamin d3 128
sm calcium-vitamin d 128
sm chewable vitamin c 144
sm childrens loratadine 94
SM CLEARLAX 81
sm clotrimazole vaginal 82
sm co q-10 121
sm coenzyme q-10 121
sm ear drops 156
sm enema 81
sm fexofenadine hcl 94
sm fiber 81
sm fiber powder 81
sm folic acid 144
sm gas relief 77
sm gas relief infants 77
sm gentle laxative 81
sm ibuprofen 33
sm ibuprofen ib 33
sm ibuprofen ib childrens 33
sm infants ibuprofen 33
sm iron 87
sm iron slow release 87
sm lice killing max strength 153
sm lice treatment 153
sm loratadine 94
sm lorata-dine d 104
sm lubricant eye drops 91
sm lubricating plus 91
sm lubricating tears 91
sm magnesium oxide 128
sm miconazole 3 82
sm miconazole 3 applicator 82
sm miconazole 7 82, 83
sm milk of magnesia 81
sm mucus relief 104
sm mucus relief max strength 104
sm multiple vitamins essential 144
sm multiple vitamins/iron 144
sm nasal decongestant max st 104
sm nasal decongestant pe 104
sm nasal spray 104
sm nasal spray 12 hour 104

sm nasal spray moisturizing 104
sm nasal spray sinus 104
sm niacin cr 144
sm nicotine 120
sm nicotine polacrilex 120
sm nose drops nasal decongest 104
sm oyster shell calcium/vit d 129
sm oyster shell calcium/vit d3 129
sm pain & fever childrens 38
sm pain & fever infants 38
sm pain relief 38
sm pain reliever 38
sm pain reliever childrens 38
sm pain reliever ex st 38
sm pediatric electrolyte 124
sm povidone-iodine 156
sm slow release dried iron 87
sm slow release iron 87
sm stomach relief 75
sm stool softener 81
sm stool softener/laxative 81
sm super b complex/c 144
sm triple antibiotic 150
sm triple antibiotic max st 150
sm tussin cf 105
sm tussin cough/chest congest 105
sm tussin dm 105
sm tussin dm max 105
sm tussin mucus+chest congest 105
sm vit c/rose hips 144
sm vitamin b complex/vitamin c 144
sm vitamin b1 144
sm vitamin b-12 144
sm vitamin b12 tr 144
sm vitamin b6 144
sm vitamin b-6 144
sm vitamin c 144
sm vitamin c cr 144
sm vitamin c/rose hips 144
sm vitamin d 144
sm vitamin d3 144
sm vitamin e 144
sm zinc gluconate 129
sodium bicarbonate 75
sodium chloride 105, 122, 149
sodium chloride (hypertonic) 91
sodium fluoride 123, 129
sodium oxybate 118
sodium phenylbutyrate 70
sodium phosphates 129
sodium polystyrene sulfonate 59
solifenacin succinate 82
SOLIQUA 67
SOLTAMOX 15
SOLU-CORTEF 72
SOMATULINE DEPOT 70
SOMAVERT 71
sorafenib tosylate 21
SORBOLENE 156
SORINE 50
sotalol hcl 50
sotalol hcl (af) 50
span c 144
SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN 43
spironolactone 49
spironolactone-hctz 54
SPRINTEC 28 64
SPRITAM 108
SPRYCEL 21
SPS 59
SRONYX 64
SSD 150
STELARA 27
sterile water for irrigation 149
stimulant laxative 81
STIVARGA 21
stomach relief 75
stomach relief extra strength 75
stomach relief ultra 75
stool softener 81
stool softener plus laxative 81
streptomycin sulfate 43
stress formula 144
stress formula (folic acid) 144
stress formula/iron 144
STRESSTABS ENERGY 144
STRIBILD 41
STROVITE ONE 145
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN 156
SUBVENITE 108
sucralfate 77
SUDOGEST 105
sudogest 12 hour 105
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH 105
sulfacetamide sodium 89
sulfacetamide sodium (acne) 149
sulfacetamide-prednisolone 89
sulfadiazine 44
sulfamethoxazole-trimethoprim 44
SULFAMYLON 150
sulfasalazine 78
sulindac 33
sumatriptan 118
sumatriptan succinate 118
sumatriptan succinate refill 118
sunitinib malate 21
SUNLENCA 39
super antioxidant 145
super b complex/fa/vit c 145
super b complex/vitamin c 145
super b-complex + vitamin c 145
super b-complex/vit c/fa 145
super biotin 145
super calcium 129
super calcium 600 + d 400 129
super calcium 600 + d3 129
super daily d3 145
SUPER QUINTS B-50 145
suphedrine 12hour 105
sv vitamin b-12 er 145
SYEDA 64
SYMDEKO 98
SYMPAZAN 108
SYMTUZA 41
SYNAREL 71
SYNJARDY 68
SYNJARDY XR 68
SYNTHROID 58
SYRSPEND SF 57
SYSTANE 91
SYSTANE BALANCE 91
SYSTANE COMPLETE 91
SYSTANE ICAPS AREDS2 145
SYSTANE PRESERVATIVE FREE 91
SYSTANE ULTRA 92
SYSTANE ULTRA PF 92
TAB-A-VITE 145
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE 145
tab-a-vite/iron 145
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE 145
TABLOID 24
TABRECTA 21
tacrolimus 30, 156
TAFINLAR 21
TAGRISSO 21
TALTZ 27, 28
TALZENNA 21
tamoxifen citrate 15
tamsulosin hcl 83
TANDEM 87
TANDEM PLUS 87
TARINA 24 FE 64
TARINA FE 1/20 EQ 64
TASIGNA 22
tasimelteon 117
tazarotene 151
TAZICEF 46, 47
TAZORAC 152
TAZVERIK 22
TDVAX 31
TECENTRIQ 22
TEFLARO 47
telmisartan 50
telmisartan-amlodipine 53
telmisartan-hctz 53
temazepam 117
TENIVAC 32
tenofovir disoproxil fumarate 39
TEPMETKO 22
terazosin hcl 49
terbinafine hcl 41, 151
terbutaline sulfate 95
terconazole 83
teriparatide 73
testosterone 59
testosterone cypionate 59
testosterone enanthate 59

tetrabenazine ... 117
tetracycline hcl ... 49
THALOMID ... 25, 26
theophylline ... 98
theophylline er ... 98
THERA ... 145
THERA-D 2000 ... 145
THERA-D 4000 ... 145
THERA-D RAPID REPLETION ... 145
THERAMILL FORTE ... 145
therapeutic moisturizing ... 156
thera-tabs ... 145
THEREMS ... 145
thiamine hcl ... 145
thiamine mononitrate ... 145
thioridazine hcl ... 116
thiothixene ... 116
TIADYLT ER ... 53
tiagabine hcl ... 108
TIBSOVO ... 22
TICOVAC ... 32
tigecycline ... 49
TILIA FE ... 64
timolol maleate ... 52, 88
tinidazole ... 44
TIVICAY ... 39
TIVICAY PD ... 39
tizanidine hcl ... 110
TOBRADEX ... 89
TOBRADEX ST ... 89
tobramycin ... 44, 89
tobramycin sulfate ... 44
tobramycin-dexamethasone ... 89
tolnaftate ... 151
tolterodine tartrate ... 82
tolterodine tartrate er ... 82
topiramate ... 108
toremifene citrate ... 15
TORPENZ ... 22
torsemide ... 54
TOUJEO MAX SOLOSTAR ... 67
TOUJEO SOLOSTAR ... 67
TPN ELECTROLYTES ... 122
TRADJENTA ... 69
TRALEMENT ... 130
tramadol hcl ... 35
tramadol-acetaminophen ... 35
trandolapril ... 56
tranexamic acid ... 84
tranylcypromine sulfate ... 113
TRAVASOL ... 130
TRAZIMERA ... 22
trazodone hcl ... 113
TRECATOR ... 40
TRELEGY ELLIPTA ... 95
TREMFYA ... 28
treprostinil ... 55
TRESIBA ... 67
TRESIBA FLEXTOUCH ... 67
tretinoin ... 25, 149
triamcinolone acetonide ... 149, 153
triamterene-hctz ... 54
tri-buffered aspirin ... 38
TRICON ... 87
TRIDACAINE II ... 149
trientine hcl ... 59
TRI-ESTARYLLA ... 64
TRIFERIC ... 87
trifluoperazine hcl ... 116
trifluridine ... 89
trigels-f forte ... 87
trihexyphenidyl hcl ... 110
TRIJARDY XR ... 69
TRIKAFTA ... 98
TRI-LEGEST FE ... 64
TRI-LINYAH ... 64
TRI-LO-ESTARYLLA ... 64
TRI-LO-MARZIA ... 64
TRI-LO-MILI ... 64
TRI-LO-SPRINTEC ... 64
trimethoprim ... 44
TRI-MILI ... 64
trimipramine maleate ... 113
TRINTELLIX ... 113
TRI-NYMYO ... 64
triphrocaps ... 145
triple antibiotic ... 150
triple antibiotic plus ... 150
triple antibiotic+pain relief ... 150
TRIPLE PASTE AF ... 151
TRI-SPRINTEC ... 64
TRIUMEQ ... 41
triumeq pd ... 41
tri-vite/fluoride ... 145
TRIVORA (28) ... 64
TRI-VYLIBRA ... 64
TRI-VYLIBRA LO ... 64
TRIZIVIR ... 41
TROGARZO ... 39
TROPHAMINE ... 130
tropical liquid nutrition ... 145
trospium chloride ... 82
TRULICITY ... 69
TRUMENBA ... 32
TRUQAP ... 22
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDED ... 64
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST ... 65
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL ... 65
TRUSTEX LUBRICATED ... 65
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE ... 65
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST ... 65
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE ... 65
TRUSTEX NON-LUBRICATED ... 65
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE ... 65
TRUSTEX RIA LUBRICATED ... 65
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED 65
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD ... 65
TRUXIMA ... 22
TUKYSA ... 22
TURALIO ... 22
TURQOZ ... 65
TUSNEL ... 105
TUSNEL C ... 105
tusnel diabetic ... 105
TUSNEL DM ... 105
TUSNEL DM PEDIATRIC ... 105
TUSNEL PEDIATRIC ... 105
TUSNEL-DM PEDIATRIC ... 105
TUSNEL-EX ... 105
tussin cf ... 105
tussin cough ... 105
tussin dm ... 105
tussin dm max adult ... 105
tussin mucus & chest congest ... 105
tussin mucus+chest congestion ... 105
tussin multi-symptom cold cf ... 105
TWINRIX ... 32
TYBOST ... 39
TYDEMY ... 65
TYPHIM VI ... 32
TYRVAYA ... 92
U-BASE ... 57
UBRELVY ... 118
UDAMIN SP ... 145
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS ... 145
ultra lubricating eye drops ... 92
UNITHROID ... 58
UPSPRING BABY VIT D ... 145
ursodiol ... 77
valacyclovir hcl ... 45
VALCHLOR ... 156
valganciclovir hcl ... 45
valproate sodium ... 119
valproic acid ... 108
valsartan ... 50
valsartan-hydrochlorothiazide ... 54
VALTOCO 10 MG DOSE ... 108
VALTOCO 15 MG DOSE ... 108
VALTOCO 20 MG DOSE ... 108
VALTOCO 5 MG DOSE ... 108
value plus glucose ... 58
VANATAB DM ... 105
vancomycin hcl ... 44
vancomycin hcl in nacl ... 44
VANFLYTA ... 22
VANIBASE ... 57
VANICREAM ... 156
vanishing cream botanical base ... 57
VAQTA ... 32
varenicline tartrate ... 120
varenicline tartrate (starter) ... 120
VARIVAX ... 32
VASCEPA ... 51

VAXCHORA 32
v-c forte 145
vegetable lax+stool softener 81
VELIVET 65
VELPHORO 57
VELTASSA 59
VELVACHOL 156
VEMLIDY 45
VENCLEXTA 22
VENCLEXTA STARTING PACK 22
VENEXA 146
VENEXA FE 145
venlafaxine hcl 113
venlafaxine hcl er 113
VENOFER 87
VENTAVIS 55
VENTOLIN HFA 95
verapamil hcl 53
verapamil hcl er 53
VERQUVO 55
VERSACLOZ 116
versatile cream base 57
VERSIGEL 57
VERZENIO 22
VESTURA 65
V-GO 20 67
V-GO 30 67
V-GO 40 67
VIC-FORTE 146
VIENVA 65
vigabatrin 108, 109
VIGADRONE 109
VIGAFYDE 109
VIGPODER 109
vilazodone hcl 113
vincristine sulfate 25
vinorelbine tartrate 25
viorele 65
VIRACEPT 40
VIREAD 40
virt-caps 146
VIRT-GARD 146
vision health 146
VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA 146
VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA 146
vit e-vit c-beta carotene 146
vita c/bioflavonoids/rose hips 146
vitabex plus 146
vitachew adult multi vitamin 146
vitachew multiple vitamin 146
vitachew vit c citrus burst 146
VITAJOY DAILY C GUMMIES 146
VITAL-D RX 146
vitalee 146
VITALETS CHILDRENS 146
vitamin a 146
vitamin b + c complex 146
vitamin b 12 146
vitamin b complex 146
vitamin b1 146
vitamin b-1 146
vitamin b12 146
vitamin b-12 146
vitamin b-12 er 146
vitamin b12 tr 146
vitamin b6 146
vitamin b-6 146
vitamin c 147
vitamin c drops 146
vitamin c er 146
vitamin c plus wild rose hips 147
vitamin c/rose hips 147
vitamin c/rose hips tr 147
vitamin c-rose hips 147
vitamin c-rose hips er 147
vitamin c-rose hips tr 147
vitamin d 147
vitamin d (cholecalciferol) 147
vitamin d (ergocalciferol) 147
vitamin d high potency 147
vitamin d infant 147
VITAMIN D-1000 MAX ST 147
vitamin d3 147
vitamin d-3 147
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH 147
vitamin d3 maximum strength 147
vitamin e 147
vitamin e blend 147
vitamin e water soluble 148
vitamin k1 148
vitamin-b complex 148
vitamins acd-fluoride 148
vitamins for hair 148
vitatrum 148
VITRAKVI 22
VITRANOL 148
VITRANOL FE 148
VITREXATE 148
VITREXATE FE 148
VITREXYL 148
VITREXYL + IRON 148
VITRON-C 87
VIVITROL 120
VIZIMPRO 22
VONJO 23
voriconazole 41
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER 98
VOSEVI 45
vp-vite rx 148
VRAYLAR 116
VYFEMLA 65
VYLIBRA 65
VYZULTA 88
warfarin sodium 84
wee care 87
WELIREG 25
WERA 65
westab one 148
white petroleum jelly 57
WIXELA INHUB 96
womens 50+ advanced 148
womens multi 148
womens multi gummies 148
wound care 57
WYMZYA FE 65
XALKORI 23
XARELTO 84
XARELTO STARTER PACK 84
XATMEP 28
XCEL 100 57
XCOPRI 109
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 109
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 109
XDEMVY 89
XELJANZ 28
XELJANZ XR 28
XENICAL 73
XERAC AC 156
XERMELO 77
XGEVA 73
XHANCE 99
XIFAXAN 77
XIGDUO XR 69
XIIDRA 92
XOFLUZA (40 MG DOSE) 45
XOFLUZA (80 MG DOSE) 45
XOLAIR 98
XOSPATA 23
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 23
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 23
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 23
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 23
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 23
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 23
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 23
XTANDI 15
XULANE 65
XULTOPHY 67
YARGESA 71
YF-VAX 32
yl coenzyme q10 121
yl folic acid 148
yl vitamin b-6 148
yl vitamin c 148
yl vitamin c-rose hips 148
YOUR LIFE MULTI ADULT GUMMIES 148
YUVAFEM 71
ZAFEMY 65
zafirlukast 99
zaleplon 117
ZARXIO 85
ZEASORB-AF 151
ZEJULA 23
ZELBORAF 23
ZEMAIRA 98

ZENATANE 149
ZENPEP 78
ZERVIATE 88
zidovudine 40
ZIEXTENZO 85
zinc 129
ZINC 15 129
zinc chloride 130
zinc gluconate 129
zinc oxide 156
zinc sulfate 129
ziprasidone hcl 116
ziprasidone mesylate 116
ZIRABEV 23
ZIRGAN 89
zoledronic acid 73
ZOLINZA 23
zolpidem tartrate 117
ZONISADE 109
zonisamide 109
ZOO FRIENDS/EXTRA C 148
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF
..... 156
ZOVIA 1/35 (28) 65
ZTALMY 109
ZUMANDIMINE 65
ZURZUVAE 113
ZYDELIG 23
ZYKADIA 23
ZYLET 89
ZYPREXA RELPREVV 116

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 **22/10/2024.**

Form Approved
OMB# 0938-1421

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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-812-6896 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí 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 oswa 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ございます。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: យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដើម្បីឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាពនិងថ្នាំរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711)។ អ្នកដែលនិយាយខ្មែរជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។