



Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) 2024

UnitedHealthcare Connected® (Medicare-Medicaid Plan)

Notas importantes: Este documento tiene información sobre los medicamentos que cubre este plan. Para obtener información más reciente o si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al:



Número gratuito: **1-800-256-6533**, TTY **7-1-1**

de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre



UHCCommunityPlan.com
myuhc.com/communityplan



UnitedHealthcare Connected® (Medicare-Medicaid Plan) Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) 2024

Introducción

Este documento se llama *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también se conoce como Lista de Medicamentos). Le indica los medicamentos con receta y los medicamentos sin receta (over-the-counter, OTC) que están cubiertos por UnitedHealthcare Connected. La Lista de Medicamentos también le indica si hay alguna regla o restricción especial en alguno de los medicamentos cubiertos por UnitedHealthcare Connected. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo de la *Guía para Miembros*.

Mensaje Importante sobre lo que Usted Paga por 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 para usted. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por Paxlovid - Usted pagará \$0 por Paxlovid hasta el 31 de diciembre de 2024.

Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de Medicamentos, aparece en la portada y la contraportada.

Índice

A. Exenciones de Responsabilidad.....	4
B. Preguntas Frecuentes (FAQ).....	5
B1. ¿Qué medicamentos con receta están en la Lista de Medicamentos Cubiertos? (También llamada “Lista de Medicamentos”)......	5
B2. ¿La Lista de Medicamentos cambia alguna vez?.....	5
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la Lista de Medicamentos?.....	6
B4. ¿Hay alguna restricción o límite en la cobertura de medicamentos? ¿O es necesario hacer algo para poder obtener ciertos medicamentos?.....	7
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo hacer algo para obtener el medicamento?.....	8

Esta sección continúa en la página siguiente.

B6. ¿Qué sucede si UnitedHealthcare Connected cambia las reglas de algunos medicamentos (por ejemplo, preautorización [PA] o preaprobación, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)?.....	8
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de Medicamentos?.....	9
B8. ¿Qué debo hacer si el medicamento que deseo tomar no está en la Lista de Medicamentos?.....	9
B9. ¿Qué debo hacer si soy un miembro nuevo de UnitedHealthcare Connected y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de Medicamentos o si tengo un problema para conseguir mi medicamento?.....	10
B10. ¿Puedo pedir una excepción para que cubran mi medicamento?.....	11
B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?.....	11
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?.....	11
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	12
B14. ¿Qué son los medicamentos sin receta?.....	12
B15. ¿UnitedHealthcare Connected cubre productos de venta sin receta que no sean medicamentos?.....	12
B16. ¿Cuál es mi copago?.....	12
C. Descripción General de la Lista de Medicamentos Cubiertos.....	13
C1. Medicamentos Agrupados por Condición Médica.....	15
D. Índice de Medicamentos Cubiertos.....	138

Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected al **1-800-256-6533**, TTY **7-1-1**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **UHCCommunityPlan.com**.

A. Exenciones de Responsabilidad

Esta es una lista de los medicamentos que los miembros pueden obtener en UnitedHealthcare Connected.

- ❖ UnitedHealthcare Connected® (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con Texas Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros.
- ❖ La *Lista de Medicamentos Cubiertos* o las redes de proveedores y farmacias pueden cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de hacer un cambio que le afecte.
- ❖ Los beneficios o los copagos pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ❖ Usted siempre puede consultar la *Lista de Medicamentos Cubiertos* más actualizada de UnitedHealthcare Connected en Internet en **UHCommunityPlan.com**.
- ❖ Los copagos por medicamentos con receta pueden variar según el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. Para obtener información detallada, comuníquese con el plan.
- ❖ Contamos con servicios gratuitos de interpretación para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al **1-800-256-6533**, TTY **7-1-1**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Una persona que habla un idioma que no sea español puede ayudarle. Este servicio es gratuito.
- ❖ We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-256-6533**, TTY **7-1-1**, 8 a.m.-8 p.m.: 7 Days Oct-Mar; M-F Apr-Sept. Someone who speaks a language other than English can help you. This is a free service.
- ❖ 我們提供免費口譯服務，回答您對我們的健康或配藥計劃的任何問題。若您要口譯員，請撥打 **1-800-256-6533**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **7-1-1**，上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五。除了中文以外，會說其他語言的人可協助您。這是一項免費服務。
- ❖ Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio. Llame al **1-800-256-6533**, TTY **7-1-1**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.
- ❖ Llame a Servicio al Cliente y pida que se anote en nuestro sistema que desea recibir los materiales del plan en español, en letra grande, braille o en audio a partir de ahora.
- ❖ UnitedHealthcare Insurance Company cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus actividades y programas relacionados con la salud.

Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected al **1-800-256-6533**, TTY **7-1-1**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **UHCommunityPlan.com**.

B. Preguntas Frecuentes (FAQ)

Encuentre aquí respuestas a las preguntas que tenga sobre esta *Lista de Medicamentos Cubiertos*. Para obtener más información, puede leer todas las preguntas frecuentes (frequently asked questions, FAQ) o buscar una pregunta y su respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos con receta están en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*? (También llamada “Lista de Medicamentos”.)

Los medicamentos de la *Lista de Medicamentos Cubiertos* que comienza en la página 15 son los medicamentos cubiertos por UnitedHealthcare Connected. Estos medicamentos están disponibles en las farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia está dentro de nuestra red si tenemos un convenio con la farmacia para que trabaje con nosotros y le preste servicios a usted. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

- UnitedHealthcare Connected cubrirá todos los medicamentos médicamente necesarios de la Lista de Medicamentos si:
 - Su médico u otro profesional que receta le dice que los necesita para mejorar o mantenerse en buen estado de salud, **y**
 - Usted surte la receta en una farmacia de la red de UnitedHealthcare Connected.
- Es posible que UnitedHealthcare Connected tenga pasos adicionales para acceder a ciertos medicamentos (consulte la pregunta B4 a continuación).

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web **UHCCommunityPlan.com**, o llamar a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533**, TTY **7-1-1**.

B2. ¿La Lista de Medicamentos cambia alguna vez?

Sí, y UnitedHealthcare Connected debe seguir las reglas de Medicare y Texas Medicaid al hacer cambios. Podemos agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos durante el año.

También podemos cambiar las reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir exigir o no exigir preautorización (PA) o preaprobación para un medicamento. (Preautorización [PA] es el permiso de UnitedHealthcare Connected para que usted pueda obtener un medicamento.)

Esta sección continúa en la página siguiente.

Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected al **1-800-256-6533**, TTY **7-1-1**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **UHCCommunityPlan.com**.

- Agregar o cambiar la cantidad que usted puede obtener de un medicamento (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento. (Terapia escalonada significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro.)

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si usted está tomando un medicamento de la Parte D de Medicare que estaba cubierto al **principio** del año, generalmente no quitaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- Aparezca un medicamento nuevo más barato en el mercado que tenga la misma eficacia que un medicamento de la Lista de Medicamentos actual o
- Nos enteremos de que un medicamento no es seguro o
- Se retire un medicamento del mercado.

Las preguntas B3 y B6 a continuación tienen más información sobre lo que ocurre cuando cambia la Lista de Medicamentos.

- Usted siempre puede consultar la Lista de Medicamentos más actualizada de UnitedHealthcare Connected en Internet en **UHCCommunityPlan.com**.
- También puede llamar a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533**, TTY **7-1-1**, para consultar la Lista de Medicamentos actual.

B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la Lista de Medicamentos?

Algunos cambios en la Lista de Medicamentos sucederán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Aparece un nuevo medicamento genérico.** A veces, aparece un nuevo medicamento genérico en el mercado que tiene la misma eficacia que un medicamento de marca de la Lista de Medicamentos actual. En esos casos, es posible que quitemos el medicamento de marca y agreguemos el nuevo medicamento genérico. Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podríamos decidir mantener el medicamento de marca de la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
 - o Es posible que no le avisemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que ocurra.

Esta sección continúa en la página siguiente.

Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected al **1-800-256-6533**, TTY **7-1-1**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **UHCCommunityPlan.com**.

- Usted o su proveedor pueden pedir una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede dar para pedir una excepción. Consulte las preguntas B10 - B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que el medicamento que usted está tomando no es seguro, o si el fabricante retira un medicamento del mercado, lo quitaremos de la Lista de Medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, le avisaremos. Comuníquese con su médico u otro profesional que receta para hablar sobre sus otras opciones.

Podríamos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Le avisaremos con anticipación sobre estos otros cambios a la Lista de Medicamentos. Estos cambios podrían suceder si:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos emite una nueva regla o si hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado **y**
- Reemplazamos un medicamento de marca que actualmente está en la Lista de Medicamentos **o**
- Cambiamos las reglas de cobertura o los límites del medicamento de marca.

Cuando sucedan estos cambios:

- Le avisaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en la Lista de Medicamentos **o**
- Le informaremos y le daremos un suministro de 30 días del medicamento después de que usted pida un resurtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta, quienes pueden ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que usted pueda tomar en su lugar **o**
- Si debería pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10 - B12.

B4. ¿Hay alguna restricción o límite en la cobertura de medicamentos? ¿O es necesario hacer algo para poder obtener ciertos medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o tienen límites en la cantidad que usted puede obtener. En algunos casos, usted, su médico u otro profesional que receta deben hacer algo antes de poder obtener el medicamento. Por ejemplo:

Esta sección continúa en la página siguiente.

Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected al **1-800-256-6533**, TTY **7-1-1**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **UHCCommunityPlan.com**.

- **Preautorización (PA) o preaprobación:** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional que receta deben obtener la preautorización (PA) de UnitedHealthcare Connected antes de que usted surta su receta. Si no obtiene aprobación, es posible que UnitedHealthcare Connected no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** A veces, UnitedHealthcare Connected limita la cantidad que usted puede obtener de un medicamento.
- **Terapia escalonada:** En ocasiones, UnitedHealthcare Connected requiere que usted haga la terapia escalonada. Esto significa que tendrá que probar otros medicamentos en un cierto orden para su condición médica. Tal vez tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si su médico u otro profesional que receta creen que el primer medicamento no es adecuado para usted, cubriremos el segundo.

Para saber si su medicamento tiene límites o requisitos adicionales, busque en las tablas de las páginas 15 - 137. También puede visitar nuestro sitio web **UHCCCommunityPlan.com** para obtener más información. Hemos publicado documentos en Internet que explican las restricciones de preautorización (PA) y terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Puede pedir una excepción a estos límites. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta, quienes pueden ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que usted pueda tomar en su lugar o si debería pedir una excepción. Consulte las preguntas B10 - B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo hacer algo para obtener el medicamento?

En las páginas 15 - 137 de la tabla de medicamentos hay una columna titulada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

B6. ¿Qué sucede si UnitedHealthcare Connected cambia las reglas de algunos medicamentos (por ejemplo, preautorización [PA] o preaprobación, límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada)?

En algunos casos, le avisaremos con anticipación si agregamos o cambiamos el requisito de preautorización (PA), límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada a un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso anticipado y las situaciones en las que no podríamos avisarle con anticipación cuando cambian las reglas sobre los medicamentos de la Lista de Medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected al **1-800-256-6533**, TTY **7-1-1**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **UHCCCommunityPlan.com**.

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

Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

- Puede buscar por orden alfabético por el nombre del medicamento **o**
- Puede buscar por condición médica.

Para buscar por **orden alfabético**, consulte el Índice de Medicamentos Cubiertos que comienza en la página 138. Busque su medicamento en el Índice. Al lado del medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura.

Para buscar **por condición médica**, busque la sección titulada “Medicamentos Agrupados por Condición Médica” en las páginas 15 - 137. Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías según el tipo de condición médica que tratan. Por ejemplo, si usted tiene una condición cardíaca, debería buscar en la categoría Agentes cardiovasculares. Allí es donde encontrará los medicamentos que tratan las condiciones cardíacas.

B8. ¿Qué debo hacer si el medicamento que deseo tomar no está en la Lista de Medicamentos?

Si no encuentra su medicamento en la Lista de Medicamentos, llame a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533**, TTY **7-1-1**, y pregunte por el medicamento. Si le dicen que UnitedHealthcare Connected no cubrirá el medicamento, usted puede hacer una de estas opciones:

- Pedir a Servicio al Cliente una lista de los medicamentos como el que usted desea tomar. Luego, muéstrole la lista a su médico u otro profesional que receta para que puedan recetarle un medicamento de la Lista de Medicamentos que sea como el que usted desea tomar. **O**
- Puede pedir al plan de salud que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte las preguntas B10 - B12 para obtener más información sobre las excepciones.

Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected al **1-800-256-6533**, TTY **7-1-1**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **UHCCommunityPlan.com**.

B9. ¿Qué debo hacer si soy un miembro nuevo de UnitedHealthcare Connected y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de Medicamentos o si tengo un problema para conseguir mi medicamento?

Podemos ayudarle. Es posible que cubramos un suministro temporal de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en UnitedHealthcare Connected. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta, quienes pueden ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de Medicamentos que usted pueda tomar en su lugar o si debería solicitar una excepción.

Si su receta es por menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento.

Cubriremos un suministro de 30 días de su medicamento si:

- Usted está tomando un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos, o
- Las reglas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad que le indicó el profesional que receta, o
- El medicamento requiere la preautorización (PA) de UnitedHealthcare Connected, o
- Usted está tomando un medicamento que forma parte de una restricción de terapia escalonada.

Si usted está en un asilo de convalecencia o en otro centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, o si no puede obtener fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudar. Si ha estado en el plan durante más de 90 días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro de 31 días del medicamento que usted necesite (a menos que la receta indique menos días), sin importar que sea o no un miembro nuevo de UnitedHealthcare Connected.
- Esto es además del suministro temporal durante los primeros 90 días de membresía en UnitedHealthcare Connected.

Si está pasando por un cambio en su nivel de cuidado, por ejemplo, será trasladado de un hospital a un centro de cuidado a largo plazo, en cualquier momento del año, es posible que cubramos un suministro temporal de 31 días del medicamento de la Parte D que necesita. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta sobre otras opciones de tratamiento o para intentar obtener una excepción. Consulte las preguntas B10 - B12 para obtener más información sobre las excepciones.

No pagaremos más su medicamento después de que usted obtenga un suministro temporal, a menos que reciba la autorización de UnitedHealthcare Connected.

Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected al **1-800-256-6533**, TTY **7-1-1**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **UHCCommunityPlan.com**.

B10. ¿Puedo pedir una excepción para que cubran mi medicamento?

Sí. Puede pedir a UnitedHealthcare Connected que haga una excepción y cubra un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos.

También puede pedirnos que cambiemos las reglas de su medicamento.

- Por ejemplo, UnitedHealthcare Connected puede limitar la cantidad que cubriremos de un medicamento. Si su medicamento tiene un límite, puede pedirnos que cambiemos el límite y cubramos más cantidad.
- Otros ejemplos: Puede pedirnos que no apliquemos las restricciones de terapia escalonada o los requisitos de preautorización (PA).

B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?

Para pedir una excepción, llame a Servicio al Cliente. Un representante de Servicio al Cliente colaborará con usted y con su proveedor para ayudarles a pedir una excepción. También puede leer el Capítulo 9 de la *Guía para Miembros* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Después de que recibamos una declaración del profesional que receta que respalde su solicitud de excepción, le informaremos la decisión en un plazo no mayor de 72 horas. Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Otra opción es que su médico u otro profesional que receta se comuniquen con nosotros por teléfono y luego nos envíen una declaración por fax o por correo. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533**, TTY **7-1-1**.

Si usted o el profesional que receta piensan que su salud podría deteriorarse por tener que esperar 72 horas para recibir una decisión, puede pedir una excepción rápida. Es decir, una decisión más rápida. Si el profesional que receta respalda su solicitud, le comunicaremos una decisión en un plazo no mayor de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo del profesional.

Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected al **1-800-256-6533**, TTY **7-1-1**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **UHCommunityPlan.com**.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están compuestos de los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente cuestan menos que los medicamentos de marca y no tienen nombres muy conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

UnitedHealthcare Connected cubre medicamentos tanto genéricos como de marca.

B14. ¿Qué son los medicamentos sin receta?

Los medicamentos sin receta son medicamentos que se venden sin una receta. UnitedHealthcare Connected cubre algunos medicamentos sin receta cuando su proveedor le extiende una receta.

Para saber qué medicamentos sin receta están cubiertos, lea la Lista de Medicamentos de UnitedHealthcare Connected.

B15. ¿UnitedHealthcare Connected cubre productos de venta sin receta que no sean medicamentos?

Si. UnitedHealthcare Connected cubre algunos productos de venta sin receta que no son medicamentos cuando su proveedor le extiende una receta.

Para saber qué productos de venta sin receta que no son medicamentos están cubiertos, puede leer la Lista de Medicamentos de UnitedHealthcare Connected.

B16. ¿Cuál es mi copago?

Para saber cuál es el copago de cada medicamento, lea la Lista de Medicamentos de UnitedHealthcare Connected. Los miembros de UnitedHealthcare Connected que viven en asilos de convalecencia o en otros centros de cuidado a largo plazo no tendrán ningún copago. Algunos miembros que reciben cuidado a largo plazo en la comunidad tampoco tendrán ningún copago.

Los copagos están organizados por niveles. Los niveles son grupos de medicamentos que tienen el mismo copago.

- Los medicamentos del Nivel 1 tienen el copago más bajo. Son medicamentos genéricos. El copago es de \$0 a \$4.50, según sus ingresos.
 - Los medicamentos del Nivel 2 tienen un copago más alto. Son medicamentos de marca. El copago es de \$0 a \$11.20, según sus ingresos.
 - Los medicamentos del Nivel 3 tienen un copago de \$0. Son medicamentos sin receta.
-

Si tiene preguntas, llame a UnitedHealthcare Connected al **1-800-256-6533**, TTY **7-1-1**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **UHCCommunityPlan.com**.

C. Descripción General de la *Lista de Medicamentos Cubiertos*

La siguiente lista de medicamentos cubiertos le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por UnitedHealthcare Connected. Si tiene dificultad para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de Medicamentos Cubiertos que comienza en la página 138. El índice alfabético indica todos los medicamentos cubiertos por UnitedHealthcare Connected.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúscula (p. ej., HUMALOG) y los medicamentos genéricos están en minúscula y cursiva (p. ej., *simvastatin*).

La información que se encuentra en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso” indica si UnitedHealthcare Connected tiene alguna regla para cubrir su medicamento.

Reglas y límites de la cobertura

PA = Preautorización (preaprobación)

Para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional que receta deben obtener la aprobación de UnitedHealthcare Connected antes de que usted surta su receta. Si no obtiene aprobación, es posible que UnitedHealthcare Connected no cubra el medicamento.

QL = Límites de cantidad

A veces, UnitedHealthcare Connected limita la cantidad que usted puede obtener de un medicamento.

ST = Terapia escalonada

En ocasiones, UnitedHealthcare Connected requiere que usted haga la terapia escalonada. Esto significa que tendrá que probar otros medicamentos en un cierto orden para su condición médica. Tal vez tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si su médico u otro profesional que receta creen que el primer medicamento no es adecuado para usted, cubriremos el segundo.

Otras reglas de cobertura especiales

B/D = Parte B o Parte D de Medicare

Según su uso, el medicamento puede estar cubierto por la Parte B de Medicare (cuidado médico y cuidado de la salud para pacientes ambulatorios) o la Parte D de Medicare (medicamentos con receta). Es posible que su médico deba proporcionar al plan más información sobre cómo se usará este medicamento para que el plan se asegure de que el medicamento esté cubierto correctamente por Medicare.

LA = Acceso limitado

Si la Administración de Alimentos y Medicamentos establece que el medicamento solamente puede ser suministrado en ciertos centros o por ciertos médicos, el medicamento se considera de “acceso limitado”. Este tipo de medicamentos puede requerir manejo adicional, una mayor coordinación de proveedores o información educativa al paciente, lo cual no se puede realizar en una farmacia de la red.

Esta sección continúa en la página siguiente.

MME = Equivalente a miligramos de morfina

Es posible que se apliquen límites de cantidad adicionales a todos los medicamentos clasificados como opiáceos que se usan para el tratamiento del dolor. Este límite adicional se llama equivalente a miligramos de morfina (morphine milligram equivalent, MME) acumulativo y está diseñado para controlar los niveles seguros de dosificación de opiáceos para aquellas personas que quizás estén tomando más de 1 medicamento opiáceo para el manejo del dolor. Si su médico le receta más que esa cantidad o cree que el límite no es adecuado para su situación, usted o su médico pueden solicitar que el plan cubra la cantidad adicional.

7D = límite de 7 días

Un medicamento opiáceo usado para el tratamiento del dolor agudo podría estar limitado a un suministro de 7 días para miembros sin historial reciente de uso de opiáceos. Este límite pretende reducir al mínimo el uso de opiáceos a largo plazo. Para los miembros que son nuevos en el plan y tienen un historial reciente de uso de opiáceos, la farmacia puede anular el límite cuando corresponda.

DL = Límite de suministro

Se aplican límites de suministro a este medicamento. Este medicamento está limitado a un suministro de 1 mes por cada receta.

Nota: Un asterisco (*) junto a un medicamento significa que no es un “medicamento de la Parte D”. La cantidad que usted paga cuando surte una receta de este medicamento no se toma en cuenta para alcanzar los costos totales de sus medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a calificar para la Cobertura de Gastos Médicos Mayores).

- Además, si recibe el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta, este programa no le dará ninguna cantidad para pagar estos medicamentos. Para obtener más información sobre el programa Ayuda Adicional, consulte el recuadro a continuación.
- Estos medicamentos también tienen diferentes reglas para las apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea no está cubierto o que Medicare o Texas Medicaid ya no se lo cubren.
- Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelarla. Para pedir instrucciones sobre cómo presentar una apelación, llame a Servicio al Cliente al **1-800-256-6533**, TTY **7-1-1**. También puede leer el Capítulo 9 de la *Guía para Miembros* para saber cómo apelar una decisión.

Programa Ayuda Adicional

El programa Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. También se le llama “Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” (Low-Income Subsidy, LIS).

C1. Medicamentos Agrupados por Condición Médica

Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías según el tipo de condición médica que tratan. Por ejemplo, si usted tiene una condición cardíaca, debería buscar en la categoría Agentes cardiovasculares. Allí es donde encontrará los medicamentos que tratan las condiciones cardíacas.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Analgésicos		
Analgésicos		
<i>acetaminophen (supositorio rectal)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>ed-apap (líquido oral)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>mapap (cápsula oral)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>mapap arthritis pain (tableta oral de liberación prolongada)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>menstrual pain relief (tableta oral)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>m-pap (líquido oral)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos		
<i>acetaminophen (tableta oral)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>adult aspirin regimen (tableta oral de liberación retardada)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>all day pain relief (tableta oral)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>all day relief (tableta oral)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>arthritis pain reliever (gel para uso externo)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>aspirin (tableta oral masticable)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>aspirin (tableta oral)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>aspirin low dose (tableta oral masticable)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>aspirin low dose (tableta oral de liberación retardada)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>celecoxib (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>childrens ibuprofen (suspensión oral)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
DICLOFENAC EPOLAMINE (PARCHE PARA USO EXTERNO)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diclofenac potassium (50mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>diclofenac sodium (tableta oral de liberación retardada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>diclofenac sodium (solo sin receta) (gel para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>diclofenac sodium (solo con receta) (1% gel para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>diclofenac sodium er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>diflunisal (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ec-naproxen (500mg tableta oral de liberación retardada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>effervescent antacid/pain relief (tableta oral efervescente) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>etodolac (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>etodolac (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>flurbiprofen (100mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>gnp ibuprofen (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>goodsense ibuprofen (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>goodsense ibuprofen childrens (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>goodsense ibuprofen infants (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ibu (600mg tableta oral, 800mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ibuprofen (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ibuprofen (suspensión oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ibuprofen (solo sin receta) (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ibuprofen (solo sin receta) (400mg tableta oral, 600mg tableta oral, 800mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ibuprofen childrens (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ibuprofen junior strength (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ibuprofen pm (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>indomethacin (25mg cápsula oral de liberación inmediata, 50mg cápsula oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>infants ibuprofen (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ketoprofen (cápsula oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>meloxicam (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>migraine relief (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nabumetone (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>naproxen (375mg tableta oral de liberación retardada) (ec-naproyn genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>naproxen (suspensión oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>naproxen (solo con receta) (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>qc naproxen sodium (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm ibuprofen (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sulindac (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Analgésicos opiáceos, acción prolongada		
<i>buprenorphine (parche transdérmico semanal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; DL; QL
<i>fentanyl (100mcg/h parche transdérmico 72 horas, 12mcg/h parche transdérmico 72 horas, 25mcg/h parche transdérmico 72 horas, 50mcg/h parche transdérmico 72 horas, 75mcg/h parche transdérmico 72 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>methadone hcl (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>methadone hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>morphine sulfate er (tableta oral de liberación prolongada) (ms contin genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>tramadol hcl (er bifásico) (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>tramadol hcl er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
XTAMPZA ER (CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS, DISUASIVO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	7D; MME; DL; QL
Analgésicos opiáceos, acción corta		
<i>acetaminophen-caffeine-dihydrocodeine (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acetaminophen-codeine (120-12mg/5ml solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>acetaminophen-codeine (300-15mg tableta oral, 300-30mg tableta oral, 300-60mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>butalbital-acetaminophen (50-325mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine (50-325-40mg cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>butalbital-aspirin-caffeine (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>butorphanol tartrate (solución nasal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>codeine sulfate (15mg tableta oral, 60mg tableta oral)</i>	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	7D; MME; DL; QL
<i>codeine sulfate (30mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>endocet (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>fentanyl citrate (pastilla para chupar con aplicador)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; DL; QL
<i>hydrocodone-acetaminophen (7.5-325mg/15ml solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>hydrocodone-acetaminophen (10-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>hydrocodone-ibuprofen (7.5-200mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>hydromorphone hcl (líquido oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>hydromorphone hcl (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>hydromorphone hcl preservative free (10mg/ml solución para inyección, 50mg/5ml solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; DL

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>morphine sulfate (concentrado) (20mg/ml solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>morphine sulfate (10mg/5ml solución oral, 20mg/5ml solución oral)</i>	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	7D; MME; DL; QL
<i>morphine sulfate (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>oxycodone hcl (concentrado oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>oxycodone hcl (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>oxycodone hcl (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>oxycodone-acetaminophen (10-325mg tableta oral, 2.5-325mg tableta oral, 5-325mg tableta oral, 7.5-325mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
TENCON (TABLETA ORAL)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>tramadol hcl (50mg tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
<i>tramadol-acetaminophen (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	7D; MME; DL; QL
Anestésicos		
Anestésicos locales		
<i>dibucaine (ungüento para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>lidocaine (5% ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>lidocaine (5% parche para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>lidocaine hcl (4% solución para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>lidocaine viscous (2% solución para la boca/garganta)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>lidocaine-prilocaine (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>pramoxine hcl (perianal) (espuma para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
Antiadictivos/agentes para el tratamiento del abuso de sustancias		
Ansiolíticos/disuasivos del alcohol		
<i>acamprosate calcium (tableta oral de liberación retardada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>disulfiram (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>naltrexone hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
VIVITROL (SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Dependencia de los opiáceos		
<i>buprenorphine hcl (tableta sublingual)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (película sublingual)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (tableta sublingual)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
SUBOXONE (PELÍCULA SUBLINGUAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
Agentes para reversión de opiáceos		
<i>naloxone hcl (0.4mg/ml solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>naloxone hcl (cartucho con solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>naloxone hcl (jeringa precargada con solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>naloxone hcl (líquido nasal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Agentes para dejar de fumar		
<i>bupropion hcl sr (150mg tableta oral de liberación prolongada 12 horas, disuasivo del tabaquismo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>goodsense nicotine (pastilla para chupar para la boca/garganta)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nicotine (kit transdérmico)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nicotine (parche transdérmico 24 horas)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nicotine mini (pastilla para chupar para la boca/garganta)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nicotine polacrilex (chicle para la boca/garganta)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nicotine polacrilex (pastilla para chupar para la boca/garganta)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nicotine polacrilex mini (pastilla para chupar para la boca/garganta)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nicotine step 1 (parche transdérmico 24 horas)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nicotine step 2 (parche transdérmico 24 horas)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nicotine step 3 (parche transdérmico 24 horas)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
NICOTROL (INHALADOR PARA INHALACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>varenicline tartrate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>varenicline tartrate (starter) (tableta oral, paquete de tratamiento)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Antibacterianos		
Aminoglucósidos		
<i>amikacin sulfate (500mg/2ml solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>gentamicin sulfate-0.9% sodium chloride (solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>gentamicin sulfate (40mg/ml solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>neomycin sulfate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>streptomycin sulfate (solución reconstituida para inyección intramuscular)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tobramycin sulfate (10mg/ml solución para inyección, 80mg/2ml solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Antibacterianos, otros		
<i>aztreonam (solución reconstituida para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>bacitracin (ungüento para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>bacitracin zinc (ungüento para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>bacitracin zinc-aloe (ungüento para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>clindamycin hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clindamycin palmitate hcl (solución oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clindamycin phosphate (900mg/6ml solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clindamycin phosphate (crema vaginal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w (solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>colistimethate sodium (cba) (solución reconstituida para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>daptomycin (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>linezolid (solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>linezolid (suspensión oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>linezolid (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>methenamine hippurate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>metronidazole (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>metronidazole (gel para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>metronidazole (loción para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metronidazole (solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>metronidazole (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>metronidazole (gel vaginal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (100mg cápsula oral, 50mg cápsula oral) (macrochantin genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nitrofurantoin monohydrate (macrobid genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>poly bacitracin (ungüento para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>polymyxin b sulfate (solución reconstituida para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tigecycline (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tinidazole (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>trimethoprim (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>triple antibiotic (ungüento para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>triple antibiotic plus (ungüento para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>triple antibiotic+pain relief (ungüento para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vancomycin hcl (10g solución reconstituida para inyección intravenosa, 1g solución reconstituida para inyección intravenosa, 500mg solución reconstituida para inyección intravenosa, 750mg solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>vancomycin hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
XIFAXAN (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
Betalactámicos, cefalosporinas		
<i>cefaclor (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cefadroxil (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cefadroxil (suspensión oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cefazolin sodium (10g solución reconstituida para inyección, 1g solución reconstituida para inyección, 500mg solución reconstituida para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefdinir (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cefdinir (suspensión oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cefepime hcl (solución reconstituida para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cefepime hcl (2g solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cefixime (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cefixime (suspensión oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cefotetan disodium (solución reconstituida para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cefoxitin sodium (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cefpodoxime proxetil (suspensión oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cefpodoxime proxetil (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cefprozil (suspensión oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cefprozil (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ceftazidime (solución reconstituida para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ceftazidime (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ceftriaxone sodium (1g solución reconstituida para inyección, 250mg solución reconstituida para inyección, 2g solución reconstituida para inyección, 500mg solución reconstituida para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ceftriaxone sodium (10g solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cefuroxime axetil (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cefuroxime sodium (solución reconstituida para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cefuroxime sodium (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cephalexin (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cephalexin (suspensión oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tazicef (solución reconstituida para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tazicef (2g solución reconstituida para inyección intravenosa, 6g solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
TEFLARO (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
Betalactámicos, penicilinas		
<i>amoxicillin (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amoxicillin (suspensión oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin (tableta oral masticable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin-potassium clavulanate er (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin-potassium clavulanate (suspensión oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin-potassium clavulanate (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin-potassium clavulanate (tableta oral masticable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ampicillin (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ampicillin sodium (125mg solución reconstituida para inyección, 1g solución reconstituida para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ampicillin sodium (10g solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium (solución reconstituida para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium (15 (10-5)g solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
BICILLIN C-R 900/300 (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
BICILLIN C-R (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
BICILLIN L-A (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>dicloxacillin sodium (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nafcillin sodium (solución reconstituida para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nafcillin sodium (10g solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>oxacillin sodium (solución reconstituida para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>oxacillin sodium (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>penicillin g potassium (20000000 unidades solución reconstituida para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>penicillin g sodium (solución reconstituida para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>penicillin v potassium (solución oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>penicillin v potassium (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>piperacillin-tazobactam (2.25 (2-0.25)g solución reconstituida para inyección intravenosa, 3.375 (3-0.375)g solución reconstituida para inyección intravenosa, 4.5 (4-0.5)g solución reconstituida para inyección intravenosa, 40.5 (36-4.5)g solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Carbapenemasas		
<i>ertapenem sodium (solución reconstituida para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>imipenem-cilastatin (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>meropenem (1g solución reconstituida para inyección intravenosa, 500mg solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Macrólidos		
<i>azithromycin (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>azithromycin (suspensión oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>azithromycin (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clarithromycin er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clarithromycin (suspensión oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clarithromycin (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
DIFICID (SUSPENSIÓN ORAL RECONSTITUIDA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
DIFICID (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERYTHROCIN LACTOBIONATE (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>erythromycin base (cápsula oral con partículas de liberación retardada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>erythromycin base (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate (200mg/5ml suspensión oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>erythromycin (tableta oral de liberación retardada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Quinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl (250mg tableta oral de liberación inmediata, 500mg tableta oral de liberación inmediata, 750mg tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin in d5w (200mg/100ml solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin in d5w (500mg/100ml solución para inyección intravenosa, 750mg/150ml solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hcl in nacl (solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ofloxacin (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Sulfonamidas		
<i>sulfadiazine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (suspensión oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Tetraciclinas		
<i>demeclocycline hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>doxy 100 (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate (100mg tableta oral de liberación inmediata, 20mg tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate (100mg cápsula oral, 50mg cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate (suspensión oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate (100mg tableta oral, 50mg tableta oral, 75mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>minocycline hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tetracycline hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
VIBRAMYCIN (50MG/5ML JARABE ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
Antiepilépticos		
Antiepilépticos, otros		
BRIVIACT (SOLUCIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
BRIVIACT (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
EPIDIOLEX (SOLUCIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
EPRONTIA (SOLUCIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>felbamate (suspensión oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>felbamate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
FINTEPLA (SOLUCIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
FYCOMPA (SUSPENSIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
FYCOMPA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>lamotrigine (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine (tableta oral masticable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam (100mg/ml solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>roweepra (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
SPRITAM ODT (TABLETA ORAL SOLUBLE DE DISOLUCIÓN INMEDIATA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>subvenite (100mg tableta oral, 150mg tableta oral, 200mg tableta oral, 25mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>topiramate (cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>topiramate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>valproic acid (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>valproic acid (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
XCOPRI (250MG DOSIS DIARIA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
XCOPRI (350MG DOSIS DIARIA) (150MG Y 200MG TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
XCOPRI (100MG TABLETA ORAL, 150MG TABLETA ORAL, 200MG TABLETA ORAL, 25MG TABLETA ORAL 50MG TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
XCOPRI (14 X 12.5MG Y 14 X 25MG TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO, 14 X 150MG Y 14 X 200MG TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO, 14 X 50MG Y 14 X 100MG TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
Modificadores del canal de calcio		
<i>ethosuximide (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ethosuximide (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>methsuximide (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Intensificadores del Ácido Gamma-Aminobutírico (GABA)		
<i>clobazam (suspensión oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>clobazam (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
DIACOMIT (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
DIACOMIT (PAQUETE ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>diazepam (10mg gel rectal, 2.5mg gel rectal, 20mg gel rectal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>gabapentin (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gabapentin (250mg/5ml solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>gabapentin (600mg tableta oral, 800mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
NAYZILAM (SOLUCIÓN NASAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>phenobarbital (tónico oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>phenobarbital (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>primidone (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
SYMPAZAN (PELÍCULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>tiagabine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
VALTOCO 10MG DOSE (LÍQUIDO NASAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
VALTOCO 15MG DOSE (LÍQUIDO NASAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
VALTOCO 20MG DOSE (LÍQUIDO NASAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
VALTOCO 5MG DOSE (LÍQUIDO NASAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>vigabatrin (paquete oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>vigabatrin (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>vigadrone (paquete oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>vigadrone (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>vigpoder (paquete oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
ZTALMY (SUSPENSIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
Agentes del canal de sodio		
APTIOM (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>carbamazepine er (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine er (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine (suspensión oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine (tableta oral masticable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
DILANTIN INFATABS (TABLETA ORAL MASTICABLE)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
DILANTIN (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>epitol (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>lacosamide (10mg/ml solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>lacosamide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>oxcarbazepine (suspensión oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>oxcarbazepine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>phenytek (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>phenytoin (suspensión oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>phenytoin (tableta oral masticable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>phenytoin sodium extended (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>rufinamide (suspensión oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>rufinamide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
ZONISADE (SUSPENSIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	ST
<i>zonisamide (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Antidemenciales		
Antidemenciales, otros		
NAMZARIC (CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
NAMZARIC (CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
Inhibidores de la colinesterasa		
<i>donepezil hcl (10mg tableta oral, 5mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>donepezil hcl odt (tableta oral dispersable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>rivastigmine tartrate (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>rivastigmine (parche transdérmico 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	ST; QL
Antagonistas de los receptores de N-Metil-D-Aspartato (NMDA)		
<i>memantine hcl er (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>memantine hcl (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>memantine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>memantine hcl titration pak (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
Antidepresivos		
Antidepresivos, otros		
AUVELITY (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bupropion hcl sr (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>bupropion hcl xl (150mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas, 300mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>bupropion hcl (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>mirtazapine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>mirtazapine odt (tableta oral dispersable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
ZURZUVAE (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
Inhibidores de la Monoaminoxidasa		
EMSAM (PARCHE TRANSDÉRMICO 24 HORAS)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
MARPLAN (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>phenelzine sulfate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tranylcypromine sulfate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
SSRI/SNRI (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina/Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina)		
CITALOPRAM HYDROBROMIDE (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>citalopram hydrobromide (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>citalopram hydrobromide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>desvenlafaxine succinate er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas) (pristiq genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>escitalopram oxalate (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>escitalopram oxalate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
FETZIMA (CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	ST; QL
FETZIMA TITRATION (CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	ST; QL
<i>fluoxetine hcl (10mg cápsula oral de liberación inmediata, 20mg cápsula oral de liberación inmediata, 40mg cápsula oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>fluoxetine hcl (20mg/5ml solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>fluvoxamine maleate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nefazodone hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>paroxetine hcl (suspensión oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>paroxetine hcl (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>sertraline hcl (concentrado oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sertraline hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>trazodone hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
TRINTELLIX (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
VENLAFAXINE BESYLATE ER (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>venlafaxine hcl er (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>venlafaxine hcl (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
VIIBRYD (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>vilazodone hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
Tricíclicos		
<i>amitriptyline hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>amoxapine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clomipramine hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>desipramine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>doxepin hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>doxepin hcl (concentrado oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>imipramine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>imipramine pamoate (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nortriptyline hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nortriptyline hcl (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>protriptyline hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>trimipramine maleate (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Antieméticos		
Antieméticos, otros		
<i>compro (supositorio rectal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>driminate (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>meclizine hcl (tableta oral masticable)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>meclizine hcl (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>meclizine hcl (solo con receta) (12.5mg tableta oral, 25mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>metoclopramide hcl (5mg/5ml solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>metoclopramide hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>motion sickness relief (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>perphenazine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>prochlorperazine (supositorio rectal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>prochlorperazine maleate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>promethazine hcl (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>promethazine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>promethazine hcl (supositorio rectal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>promethegan (25mg supositorio rectal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>scopolamine (parche transdérmico 72 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Medicamentos complementarios para la terapia emetogénica		
ANZEMET (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA; QL
<i>aprepitant (paquete de tratamiento oral, cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>dronabinol (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
<i>granisetron hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA; QL
MARINOL (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
<i>ondansetron hcl (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA; QL
<i>ondansetron hcl (4mg tableta oral, 8mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA; QL
<i>ondansetron odt (tableta oral dispersable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA; QL
SANCUSO (PARCHE TRANSDÉRMICO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
Antimicóticos		
Antimicóticos		
ABELCET (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA
<i>amphotericin b (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>amphotericin b liposome (suspensión reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>antifungal (polvo para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>antifungal clotrimazole (crema para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>athletes foot (clotrimazole) (crema para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>athletes foot powder spray (polvo en aerosol para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clotrimazole (pastilla para la boca/garganta)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clotrimazole (solo sin receta) (crema para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>clotrimazole (solo sin receta) (solución para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>clotrimazole (crema vaginal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>clotrimazole anti-fungal (crema para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>fluconazole (suspensión oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>fluconazole (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>fluconazole in sodium chloride (200-0.9mg/100ml-% solución para inyección intravenosa, 400-0.9mg/200ml-% solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>flucytosine (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>fungoid tincture (solución para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>griseofulvin microsize (suspensión oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>griseofulvin microsize (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>itraconazole (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>ketoconazole (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>micafungin sodium (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>miconazole 3 (supositorio vaginal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>miconazole 3 combo-suppository (kit vaginal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>miconazole nitrate (crema para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>miconazole nitrate (crema vaginal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
NOXAFIL (SUSPENSIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>nystatin (suspensión para la boca/garganta)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nystatin (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>posaconazole (suspensión oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>posaconazole (tableta oral de liberación retardada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm miconazole 7 (crema vaginal)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>terbinafine hcl (crema para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>terbinafine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>terconazole (crema vaginal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>terconazole (supositorio vaginal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tioconazole-1 (ungüento vaginal)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>tolnaftate (crema para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>tolnaftate (polvo para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>voriconazole (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
<i>voriconazole (suspensión oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>voriconazole (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
Antigotosos		
Antigotosos		
<i>allopurinol (100mg tableta oral, 300mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
COLCHICINE (0.6MG CÁPSULA ORAL) (EQUIVALENTE A LA MARCA MITIGARE)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>colchicine (0.6mg tableta oral) (colcrys genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>colchicine-probenecid (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>febuxostat (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	ST
<i>probenecid (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Antimigrañosos		
Casos agudos		
<i>naratriptan hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
NURTEC ODT (TABLETA ORAL DISPERSABLE)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>rizatriptan benzoate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>rizatriptan benzoate odt (tableta oral dispersable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>sumatriptan (solución nasal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>sumatriptan succinate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>sumatriptan succinate (autoinyectable con solución para inyección subcutánea)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>sumatriptan succinate (solución para inyección subcutánea)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
UBRELVY (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
Alcaloides de ergotamina		
<i>dihydroergotamine mesylate (solución nasal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>ergotamine-caffeine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Profilácticos		
AIMOVIG (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
EMGALITY (300MG DOSIS) (100MG/ML JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
EMGALITY (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
EMGALITY (120MG/ML JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
QULIPTA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>timolol maleate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Antimiasténicos		
Parasimpaticomiméticos		
<i>pyridostigmine bromide er (tableta oral de liberación prolongada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>pyridostigmine bromide (60mg tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Antimicobacterianos		
Antimicobacterianos, otros		
<i>dapsone (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>rifabutin (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Antituberculosos		
<i>cycloserine (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ethambutol hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>isoniazid (jarabe oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>isoniazid (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
PRIFTIN (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>pyrazinamide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>rifampin (solución reconstituida para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>rifampin (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
SIRTIURO (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
TRECTOR (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
Antineoplásicos		
Alquilantes		
<i>cyclophosphamide (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
CYCLOPHOSPHAMIDE (25MG TABLETA ORAL)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
CYCLOPHOSPHAMIDE (50MG TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA
GLEOSTINE (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
LEUKERAN (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
MATULANE (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
VALCHLOR (GEL PARA USO EXTERNO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
Antiandrógenos		
<i>abiraterone acetate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>bicalutamide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
ERLEADA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>nilutamide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
NUBEQA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
XTANDI (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
XTANDI (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
Antiangiogénicos		
FOTIVDA (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>lenalidomide (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
POMALYST (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
QINLOCK (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
REVLIMID (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
TABRECTA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
THALOMID (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
Antiestrógenos/modificadores		
ORSERDU (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
SOLTAMOX (SOLUCIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>tamoxifen citrate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>toremifene citrate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Antimetabólicos		
DROXIA (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydroxyurea</i> (cápsula oral)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>mercaptopurine</i> (tableta oral)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
ONUREG (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
PURIXAN (SUSPENSIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
TABLOID (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
Antineoplásicos, otros		
AKEEGA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
IDHIFA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
IWILFIN (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
KRAZATI (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
LONSURF (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
LUMAKRAS (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
NINLARO (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
OGSIVEO (50MG TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
PEMAZYRE (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
RETEVMO (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
TAZVERIK (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
TUKYSA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
VONJO (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
XPOVIO (100MG UNA VEZ POR SEMANA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
XPOVIO (40MG UNA VEZ POR SEMANA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
XPOVIO (40MG DOS VECES POR SEMANA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
XPOVIO (60MG UNA VEZ POR SEMANA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
XPOVIO (60MG DOS VECES POR SEMANA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XPOVIO (80MG UNA VEZ POR SEMANA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
XPOVIO (80MG DOS VECES POR SEMANA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ZOLINZA (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
Inhibidores de la aromatasas, 3.ª generación		
<i>anastrozole (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>exemestane (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>letrozole (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Inhibidores de la diana molecular		
ALECENSA (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ALUNBRIG (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ALUNBRIG (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
AUGTYRO (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
AYVAKIT (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
BALVERSA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
BOSULIF (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
BOSULIF (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
BRAFTOVI (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
BRUKINSA (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
CABOMETYX (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
CALQUENCE (100MG CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
CALQUENCE (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
CAPRELSA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
COMETRIQ (100MG DOSIS DIARIA) (KIT ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
COMETRIQ (140MG DOSIS DIARIA) (KIT ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
COMETRIQ (60MG DOSIS DIARIA) (KIT ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
COPIKTRA (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
COTELLIC (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
DAURISMO (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ERIVEDGE (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
<i>erlotinib hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>everolimus (10mg tableta oral, 2.5mg tableta oral, 5mg tableta oral, 7.5mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
<i>everolimus (tableta oral soluble)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
EXKIVITY (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FRUZAQLA (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
GAVRETO (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>gefitinib (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
GILOTRIF (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
IBRANCE (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
IBRANCE (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ICLUSIG (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>imatinib mesylate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
IMBRUVICA (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
IMBRUVICA (SUSPENSIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
IMBRUVICA (140MG TABLETA ORAL, 280MG TABLETA ORAL, 420MG TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
INLYTA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
INQOVI (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
INREBIC (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
JAKAFI (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
JAYPIRCA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
KISQALI (200MG DOSIS) (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
KISQALI (400MG DOSIS) (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
KISQALI (600MG DOSIS) (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
KISQALI FEMARA (200MG DOSIS) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
KISQALI FEMARA (400MG DOSIS) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
KISQALI FEMARA (600MG DOSIS) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
KOSELUGO (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>lapatinib ditosylate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
LENVIMA 10MG DAILY DOSE (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LENVIMA 12MG DAILY DOSE (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
LENVIMA 14MG DAILY DOSE (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
LENVIMA 18MG DAILY DOSE (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
LENVIMA 20MG DAILY DOSE (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
LENVIMA 24MG DAILY DOSE (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
LENVIMA 4MG DAILY DOSE (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
LENVIMA 8MG DAILY DOSE (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
LORBRENA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
LYNPARZA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
LYTGOBI (12MG DOSIS DIARIA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
LYTGOBI (16MG DOSIS DIARIA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
LYTGOBI (20MG DOSIS DIARIA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
MEKINIST (SOLUCIÓN ORAL RECONSTITUIDA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
MEKINIST (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
MEKTOVI (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
NERLYNX (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ODOMZO (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
OJJAARA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>pazopanib hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
PIQRAY (200MG DOSIS DIARIA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
PIQRAY (250MG DOSIS DIARIA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
PIQRAY (300MG DOSIS DIARIA) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
REZLIDHIA (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ROZLYTREK (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ROZLYTREK (PAQUETE ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
RUBRACA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RYDAPT (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
SCEMBLIX (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>sorafenib tosylate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
SPRYCEL (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
STIVARGA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>sunitinib malate (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
TAFINLAR (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
TAFINLAR (TABLETA ORAL SOLUBLE)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
TAGRISSO (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
TALZENNA (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
TASIGNA (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
TEPMETKO (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
TIBSOVO (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
TRUQAP (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
TURALIO (125MG CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
VANFLYTA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
VENCLEXTA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
VENCLEXTA STARTING PACK (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
VERZENIO (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
VITRAKVI (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
VITRAKVI (SOLUCIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
VIZIMPRO (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
VOTRIENT (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
WELIREG (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
XALKORI (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
XALKORI (CÁPSULA ORAL CON MICROGRÁNULOS DISPERSABLES)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
XOSPATA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZEJULA (100MG CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ZEJULA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ZELBORAF (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
ZYDELIG (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ZYKADIA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
Retinoides		
<i>bexarotene (gel para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>bexarotene (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
PANRETIN (GEL PARA USO EXTERNO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
<i>tretinoin (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Medicamentos complementarios para el tratamiento		
<i>leucovorin calcium (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
MESNEX (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
Antiparasitarios		
Antihelmínticos		
<i>albendazole (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>ivermectin (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
<i>praziquantel (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Antiprotozoarios		
<i>atovaquone (suspensión oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>atovaquone-proguanil hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
BENZNIDAZOLE (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>chloroquine phosphate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
COARTEM (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>hydroxychloroquine sulfate (200mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
IMPAVIDO (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>mefloquine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nitazoxanide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>pentamidine isethionate (solución reconstituida para inhalación)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA; QL
<i>pentamidine isethionate (solución reconstituida para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>primaquine phosphate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>pyrimethamine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>quinine sulfate (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
Antiparkinsonianos		
Anticolinérgicos		

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>benztropine mesylate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>trihexyphenidyl hcl (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>trihexyphenidyl hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Antiparkinsonianos, otros		
<i>amantadine hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>amantadine hcl (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>amantadine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>entacapone (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Agonistas dopaminérgicos		
<i>bromocriptine mesylate (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>bromocriptine mesylate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
NEUPRO (PARCHE TRANSDÉRMICO 24 HORAS)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>pramipexole dihydrochloride (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ropinirole hcl (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Precusores de la dopamina o inhibidores de la descarboxilasa de L-aminoácidos		
<i>carbidopa (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa er (tableta oral de liberación prolongada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa odt (tableta oral dispersable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
INBRIJA (CÁPSULA PARA INHALACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
RYTARY (CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	ST
Inhibidores de la Monoaminoxidasa B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>selegiline hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>selegiline hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antipsicóticos		
1.ª generación/típicos		
<i>chlorpromazine hcl (concentrado oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>chlorpromazine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine decanoate (solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl (solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl (concentrado oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl (tónico oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>haloperidol decanoate (solución para inyección intramuscular)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>haloperidol lactate (solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>haloperidol lactate (2mg/ml concentrado oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>haloperidol (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>loxapine succinate (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>molindone hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>pimozide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>thioridazine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>thiothixene (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>trifluoperazine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
2.ª generación/atípicos		
ABILIFY MAINTENA (JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
ABILIFY MAINTENA (SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>aripiprazole (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>aripiprazole (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>aripiprazole odt (tableta oral dispersable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
ARISTADA INITIO (JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
ARISTADA (JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>asenapine maleate (tableta sublingual)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
CAPLYTA (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FANAPT (10MG TABLETA ORAL, 12MG TABLETA ORAL, 1MG TABLETA ORAL, 2MG TABLETA ORAL, 4MG TABLETA ORAL, 6MG TABLETA ORAL, 8MG TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	ST; QL
FANAPT TITRATION PACK (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	ST; QL
INVEGA HAFYERA (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
INVEGA SUSTENNA (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
INVEGA TRINZA (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>lurasidone hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
LYBALVI (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	ST; QL
NUPLAZID (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
NUPLAZID (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>olanzapine (solución reconstituida para inyección intramuscular)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>olanzapine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>olanzapine odt (tableta oral dispersable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>paliperidone er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
PERSERIS (JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>quetiapine fumarate er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>quetiapine fumarate (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
REXULTI (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RISPERDAL CONSTA (SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>risperidone microspheres er (suspensión reconstituida de liberación prolongada para inyección intramuscular)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>risperidone (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>risperidone (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>risperidone odt (tableta oral dispersable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
SECUADO (PARCHE TRANSDÉRMICO 24 HORAS)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	ST; QL
VRAYLAR (1.5MG CÁPSULA ORAL, 3MG CÁPSULA ORAL, 4.5MG CÁPSULA ORAL, 6MG CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>ziprasidone hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>ziprasidone mesylate (solución reconstituida para inyección intramuscular)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
ZYPREXA RELPREVV (210MG SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
Resistentes al tratamiento		
<i>clozapine (100mg tableta oral, 200mg tableta oral, 25mg tableta oral, 50mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clozapine odt (100mg tableta oral dispersable, 12.5mg tableta oral dispersable, 150mg tableta oral dispersable, 200mg tableta oral dispersable, 25mg tableta oral dispersable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
VERSACLOZ (SUSPENSIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
Antiespasmódicos		
Antiespasmódicos		
<i>baclofen (10mg tableta oral, 20mg tableta oral, 5mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>dantrolene sodium (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tizanidine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Antivirales		
Anticitomegalovirus (CMV)		
PREVYMIS (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>valganciclovir hcl (solución oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>valganciclovir hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
ZIRGAN (GEL OFTÁLMICO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antihepatitis B (HBV)		
BARACLUDE (SOLUCIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>entecavir (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>lamivudine (100mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
VEMLIDY (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
Antihepatitis C (HCV)		
EPCLUSA (PAQUETE ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
EPCLUSA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
MAVYRET (PAQUETE ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
MAVYRET (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>ribavirin (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR (TABLETA ORAL)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
VOSEVI (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
Antiherpéticos		
<i>acyclovir (ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>acyclovir (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>acyclovir (suspensión oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>acyclovir (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>acyclovir sodium (solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>docosanol (crema para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>famciclovir (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>valacyclovir hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
Antirretrovirales, Inhibidores de la Integrasa (INSTI)		
BIKTARVY (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
DOVATO (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
GENVOYA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
ISENTRESS HD (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
ISENTRESS (PAQUETE ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ISENTRESS (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
ISENTRESS (TABLETA ORAL MASTICABLE)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
JULUCA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
STRIBILD (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
TIVICAY (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
TIVICAY PD (TABLETA ORAL SOLUBLE)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
Antirretrovirales, Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa (NNRTI)		
COMPLERA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
DELSTRIGO (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
EDURANT (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>efavirenz (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>efavirenz (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>etravirine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
INTELENCE (25MG TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>nevirapine er (400mg tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>nevirapine (suspensión oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>nevirapine (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
PIFELTRO (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
Antirretrovirales, Inhibidores Nucleósidos y Nucleótidos de la Transcriptasa Inversa (NRTI)		
<i>abacavir sulfate (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>abacavir sulfate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>abacavir sulfate-lamivudine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
CIMDUO (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
DESCOVY (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>emtricitabine (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
EMTRIVA (SOLUCIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>lamivudine (10mg/ml solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>lamivudine (150mg tableta oral, 300mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>lamivudine-zidovudine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
ODEFSEY (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>tenofovir disoproxil fumarate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
TRIUMEQ (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRIUMEQ PD (TABLETA ORAL SOLUBLE)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
TRIZIVIR (300-150-300MG TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
VIREAD (POLVO ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
VIREAD (150MG TABLETA ORAL, 200MG TABLETA ORAL, 250MG TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>zidovudine (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>zidovudine (jarabe oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>zidovudine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
Antirretrovirales, otros		
FUZEON (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>maraviroc (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
RUKOBIA (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
SELZENTRY (SOLUCIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
SELZENTRY (25MG TABLETA ORAL, 75MG TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
SUNLENCA (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
TYBOST (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
Antirretrovirales, inhibidores de la proteasa		
APTIVUS (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>atazanavir sulfate (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>darunavir (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
EVOTAZ (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>fosamprenavir calcium (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
LEXIVA (50MG/ML SUSPENSIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>lopinavir-ritonavir (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>lopinavir-ritonavir (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
NORVIR (PAQUETE ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREZCOBIX (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
PREZISTA (SUSPENSIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
PREZISTA (150MG TABLETA ORAL, 75MG TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
REYATAZ (PAQUETE ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>ritonavir (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
SYMTUZA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
VIRACEPT (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
Antigripales		
<i>oseltamivir phosphate (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>oseltamivir phosphate (suspensión oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
RELENZA DISKHALER (POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>rimantadine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
XOFLUZA (40MG DOSIS) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
XOFLUZA (80MG DOSIS) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
Ansiolíticos		
Ansiolíticos, otros		
<i>bupirone hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>hydroxyzine hcl (jarabe oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>hydroxyzine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>hydroxyzine pamoate (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Benzodiazepinas		
<i>alprazolam (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>chlordiazepoxide hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clonazepam (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>clonazepam odt (tableta oral dispersable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>clorazepate dipotassium (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>diazepam intensol (concentrado oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>diazepam (5mg/5ml solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>diazepam (10mg tableta oral, 2mg tableta oral, 5mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>lorazepam intensol (concentrado oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>lorazepam (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Bipolares		
Estabilizadores del estado de ánimo		
<i>divalproex sodium er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>divalproex sodium (cápsula oral con microgránulos dispersables de liberación retardada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>divalproex sodium (tableta oral de liberación retardada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>lithium carbonate er (tableta oral de liberación prolongada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>lithium carbonate (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>lithium carbonate (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>lithium (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Reguladores de la glucemia		
Antidiabéticos		
<i>acarbose (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
BYDUREON BCISE (AUTOINYECTABLE PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
BYETTA 10MCG PEN (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
BYETTA 5MCG PEN (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
CYCLOSET (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
FARXIGA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>glimepiride (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>glipizide er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>glipizide (10mg tableta oral de liberación inmediata, 5mg tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>glipizide-metformin hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GLYXAMBI (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
JARDIANCE (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
JENTADUETO (2.5-1000MG TABLETA ORAL, 2.5-500MG TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
JENTADUETO XR (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>metformin hcl er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas) (glucophage xr genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>metformin hcl (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>metformin hcl (1000mg tableta oral de liberación inmediata, 500mg tableta oral de liberación inmediata, 850mg tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>nateglinide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>pioglitazone hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>pioglitazone hcl-glimepiride (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>repaglinide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
SOLIQUA (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
SYNJARDY (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN INMEDIATA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
SYNJARDY XR (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
TRADJENTA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
TRULICITY (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
XIGDUO XR (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
Glucemia		
BAQSIMI ONE PACK (POLVO NASAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>diazoxide (suspensión oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
GLUCAGEN HYPOKIT (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
GLUCAGON (KIT PARA INYECCIÓN) (LILLY)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
GVOKE KIT (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GVOKE PFS (1MG/0.2ML JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
Insulina		
HUMALOG (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
HUMALOG KWIKPEN (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (PLUMA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (PLUMA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
HUMALOG MIX 75/25 (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
HUMALOG (CARTUCHO CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (PLUMA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
HUMULIN 70/30 (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
HUMULIN N KWIKPEN (PLUMA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
HUMULIN N (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
HUMULIN R (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRADO) (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMULIN R U-500 KWIKPEN (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
INSULIN LISPRO (INDICADOR DE 1 UNIDAD) (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA) (EQUIVALENTE A LA MARCA HUMALOG)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
INSULIN LISPRO (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN) (EQUIVALENTE A LA MARCA HUMALOG)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA) (EQUIVALENTE A LA MARCA HUMALOG)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (PLUMA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA) (EQUIVALENTE A LA MARCA HUMALOG)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
LANTUS SOLOSTAR (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
LANTUS (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
LEVEMIR FLEXPEN (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
LEVEMIR (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
LYUMJEV (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
LYUMJEV KWIKPEN (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
TOUJEO MAX SOLOSTAR (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
TOUJEO SOLOSTAR (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
TRESIBA FLEXTOUCH (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
TRESIBA (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
Hemoderivados y modificadores		
Anticoagulantes		
ELIQUIS (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
ELIQUIS STARTER PACK (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>enoxaparin sodium (jeringa precargada con solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>fondaparinux sodium (solución para inyección subcutánea)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>heparin sodium (10000 unidades/ml solución para inyección, 20000 unidades/ml solución para inyección, 5000 unidades/ml solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>heparin sodium (1000 unidades/ml solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>jantoven (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>warfarin sodium (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
XARELTO (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
XARELTO STARTER PACK (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
Hemoderivados y modificadores, otros		
<i>anagrelide hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
NEULASTA (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
PROCRI (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
PROMACTA (PAQUETE ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
PROMACTA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
PYRUKYND (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
PYRUKYND TAPER PACK (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
RETACRIT (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
UDENYCA (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
UDENYCA (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
ZARXIO (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
Hemostasis		
<i>accrufer (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>tranexamic acid (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Modificadores de plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole er (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
BRILINTA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
CABLIVI (KIT PARA INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>cilostazol (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clopidogrel bisulfate (75mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
DOPTELET (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>prasugrel hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
Agentes cardiovasculares		
Agonistas alfaadrenérgicos		
<i>clonidine hcl (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clonidine (parche transdérmico semanal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>droxidopa (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>guanfacine hcl (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>midodrine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Bloqueantes alfaadrenérgicos		
<i>doxazosin mesylate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>prazosin hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Antagonistas de los receptores de la angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>irbesartan (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>losartan potassium (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>olmesartan medoxomil (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>telmisartan (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>valsartan (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (ECA)		
<i>benazepril hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>captopril (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>enalapril maleate (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>enalapril maleate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>fosinopril sodium (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>lisinopril (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>moexipril hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>perindopril erbumine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>quinapril hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>ramipril (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>trandolapril (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl (200mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>dofetilide (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>flecainide acetate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>mexiletine hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
MULTAQ (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
PACERONE (200MG TABLETA ORAL)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>propafenone hcl er (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>propafenone hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>quinidine gluconate er (tableta oral de liberación prolongada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>quinidine sulfate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>sorine (120mg tableta oral, 160mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>sotalol hcl (af) (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>sotalol hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Bloqueantes betaadrenérgicos		
<i>atenolol (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>bisoprolol fumarate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carvedilol (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>labetalol hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>metoprolol succinate er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>metoprolol tartrate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nadolol (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nebivolol hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>pindolol (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>propranolol hcl er (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>propranolol hcl (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>propranolol hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Antagonistas del calcio, dihidropiridínicos		
<i>amlodipine besylate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>felodipine er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nicardipine hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nifedipine er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>nifedipine er osmotic release (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>nimodipine (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Antagonistas del calcio, no dihidropiridínicos		
<i>cartia xt (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl er beads (360mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 420mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl er coated beads (120mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 180mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 240mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas, 300mg cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl er (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dilt-xr (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>matzim la (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>taztia xt (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tiadylt er (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl er (tableta oral de liberación prolongada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Agentes cardiovasculares, otros		
<i>acetazolamide er (cápsula oral de liberación prolongada 12 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>acetazolamide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>aliskiren fumarate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>amiloride-hydrochlorothiazide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>amlodipine-atorvastatin (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>amlodipine-benazepril (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>amlodipine-olmesartan (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>amlodipine-valsartan (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>amlodipine-valsartan-hctz (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>atenolol-chlorthalidone (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>candesartan cilexetil-hctz (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
CORLANOR (SOLUCIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
CORLANOR (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>digoxin (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>digoxin (125mcg tableta oral, 250mcg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
ENTRESTO (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>fosinopril sodium-hctz (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
KERENDIA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>losartan potassium-hctz (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>metyrosine (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>olmesartan medoxomil-hctz (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>olmesartan-amlodipine-hctz (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>pentoxifylline er (tableta oral de liberación prolongada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ranolazine er (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>spironolactone-hctz (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>telmisartan-amlodipine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>telmisartan-hctz (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>trandolapril-verapamil hcl er (tableta oral de liberación prolongada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>triamterene-hctz (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>triamterene-hctz (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
Diuréticos de asa		
<i>bumetanide (solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>bumetanide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>furosemide (solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>furosemide (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>furosemide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>toremide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Diuréticos ahorradores de potasio		
<i>amiloride hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>eplerenone (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>spironolactone (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Diuréticos tiazidas		
<i>chlorthalidone (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
DIURIL (SUSPENSIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrochlorothiazide (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>indapamide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>metolazone (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Dislipidémicos, derivados del ácido fibríco		
<i>fenofibrate micronized (134mg cápsula oral, 200mg cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>fenofibrate (145mg tableta oral, 160mg tableta oral, 48mg tableta oral, 54mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>gemfibrozil (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Dislipidémicos, inhibidores de la HMG CoA reductasa		
<i>atorvastatin calcium (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>fluvastatin sodium er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>fluvastatin sodium (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
LIVALO (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>lovastatin (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>pravastatin sodium (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>rosuvastatin calcium (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>simvastatin (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
Dislipidémicos, otros		
<i>cholestyramine light (paquete oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cholestyramine (paquete oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>colesevelam hcl (paquete oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>colesevelam hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>colestipol hcl (paquete oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>colestipol hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ezetimibe (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>ezetimibe-simvastatin (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>niacin (antihiperlipidémico) (solo sin receta) (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>niacin er (antihiperlipidémico) (solo con receta) (tableta oral de liberación prolongada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>niacor (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>omega-3-acid ethyl esters (cápsula oral) (lovaza genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
PRALUENT (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>prevalite (paquete oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM (CARTUCHO CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
REPATHA (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
REPATHA SURECLICK (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
VASCEPA (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
Vasodilatadores arteriales de acción directa		
<i>hydralazine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>minoxidil (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Vasodilatadores arteriales/venosos de acción directa		
<i>isosorbide dinitrate (10mg tableta oral de liberación inmediata, 20mg tableta oral de liberación inmediata, 30mg tableta oral de liberación inmediata, 5mg tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>isosorbide mononitrate er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>isosorbide mononitrate (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
NITRO-BID (UNGÜENTO TRANSDÉRMICO)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin (ungüento rectal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>nitroglycerin (tableta sublingual)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin (parche transdérmico 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin (solución translingual)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
NITROSTAT (TABLETA SUBLINGUAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
RECTIV (UNGÜENTO RECTAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
VERQUVO (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
Agentes del sistema nervioso central		
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, anfetaminas		

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amphetamine-dextroamphetamine er (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>amphetamine-dextroamphetamine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>dextroamphetamine sulfate (10mg tableta oral, 15mg tableta oral, 20mg tableta oral, 30mg tableta oral, 5mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>lisdexamfetamine dimesylate (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>lisdexamfetamine dimesylate (tableta oral masticable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
VYVANSE (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
Agentes para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no anfetaminas		
<i>atomoxetine hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>clonidine hcl er (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
<i>dexmethylphenidate hcl er (cápsula oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>dexmethylphenidate hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>guanfacine hcl er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>methylphenidate hcl er (10mg tableta oral de liberación prolongada, 20mg tableta oral de liberación prolongada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>methylphenidate hcl (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>methylphenidate hcl (tableta oral de liberación inmediata) (ritalin genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
Agentes del sistema nervioso central, otros		
AUSTEDO (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>caffeine (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
INGREZZA (CÁPSULA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
INGREZZA (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NUEDEXTA (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
QUVIVIQ (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>riluzole (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
SKYCLARYS (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>tetrabenazine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
Agentes para la fibromialgia		
<i>duloxetine hcl (20mg cápsula oral con partículas de liberación retardada, 30mg cápsula oral con partículas de liberación retardada, 60mg cápsula oral con partículas de liberación retardada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>pregabalin (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>pregabalin (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
SAVELLA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
SAVELLA TITRATION PACK (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
Agentes para la esclerosis múltiple		
AVONEX PEN (KIT DE AUTOINYECTABLE PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
AVONEX PREFILLED (KIT DE JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
BETASERON (KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>dalfampridine er (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>dimethyl fumarate (cápsula oral de liberación retardada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>dimethyl fumarate starter pack (cápsula oral de liberación retardada, paquete de tratamiento)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i> fingolimod hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>glatiramer acetate (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>glatopa (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
KESIMPTA (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
MAYZENT (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
MAYZENT STARTER PACK (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REBIF REBIDOSE (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	ST; QL
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	ST; QL
REBIF (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	ST; QL
REBIF TITRATION PACK (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	ST; QL
<i>teriflunomide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
VUMERITY (CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN RETARDADA) (FRASCO CON DOSIS DE MANTENIMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	ST; QL
Agentes dentales y bucales		
Agentes dentales y bucales		
<i>chlorhexidine gluconate (solución bucal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>kourzeq (pasta para la boca/garganta)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>periogard (solución bucal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>pilocarpine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide (pasta dental)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Agentes dermatológicos		
Agentes para el acné y la rosácea		
<i>acutane (10mg cápsula oral, 20mg cápsula oral, 40mg cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
<i>acitretin (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>adapalene (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>adapalene (solo sin receta) (gel para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>adapalene (solo sin receta) (0.3% gel para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>amnesteem (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
<i>azelaic acid (gel para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>benzoyl peroxide-erythromycin (gel para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>claravis (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
<i>clindamycin phosphate-benzoyl peroxide (1-5% gel para uso externo, 1.2-5% gel para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
FINACEA (ESPUMA PARA USO EXTERNO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>isotretinoin (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
<i>neuac (gel para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tazarotene (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>tretinoin (0.01% gel para uso externo, 0.025% gel para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
<i>tretinoin (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
<i>tretinoin microsphere (0.04% gel para uso externo, 0.1% gel para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
<i>zenatane (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
Agentes para la dermatitis y el prurito		
<i>ala-cort (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>alclometasone dipropionate (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>alclometasone dipropionate (ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ammonium lactate (solo con receta) (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ammonium lactate (solo con receta) (loción para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>betamethasone dipropionate aug (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>betamethasone dipropionate aug (gel para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>betamethasone dipropionate aug (loción para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>betamethasone dipropionate aug (ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>betamethasone dipropionate (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>betamethasone dipropionate (loción para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>betamethasone dipropionate (ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>betamethasone valerate (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>betamethasone valerate (loción para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>betamethasone valerate (ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clobetasol propionate emollient base (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clobetasol propionate (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clobetasol propionate (gel para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clobetasol propionate (ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clobetasol propionate (champú para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clobetasol propionate (solución para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clodan (champú para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>desonide (ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>desoximetasone (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>doxepin hcl (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>fluocinolone acetonide (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>fluocinolone acetonide (ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>fluocinolone acetonide (solución para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>fluocinonide emulsified base (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>fluocinonide (0.05% crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>fluocinonide (gel para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>fluocinonide (ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>fluocinonide (solución para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>fluticasone propionate (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>fluticasone propionate (ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>halobetasol propionate (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>halobetasol propionate (ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone butyrate (ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocortisone (solo con receta) (1% crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone (solo con receta) (2.5% loción para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone (solo con receta) (1% ungüento para uso externo, 2.5% ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone valerate (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone valerate (ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>mometasone furoate (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>mometasone furoate (ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>mometasone furoate (solución para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>pimecrolimus (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	ST; QL
<i>selenium sulfide (loción para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tacrolimus (ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	ST
<i>triamcinolone acetonide (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide (loción para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide (0.025% ungüento para uso externo, 0.1% ungüento para uso externo, 0.5% ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>triderm (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Agentes dermatológicos, otros		
<i>a&d (ungüento para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>blue gel (gel para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calamine clear (loción para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calamine plus (loción para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcipotriene (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>calcipotriene (ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>calcipotriene (solución para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>calcitriol (ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>caldyphen clear (loción para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>capsaicin (crema para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>clotrimazole-betamethasone (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>clotrimazole-betamethasone (loción para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>coats aloe (crema para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>coats aloe (gel para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>coats aloe (loción para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>corn & callus remover (líquido para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cozima (crema para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>diaper rash (ungüento para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>diclofenac sodium (3% gel para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>fluorouracil (5% crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>fluorouracil (solución para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>hemorrhoidal (crema para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>hemorrhoidal (ungüento rectal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>hemorrhoidal (supositorio rectal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>imiquimod (5% crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>medicated callus removers (apósito para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>medicated corn removers (apósito para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>medi-pads (apósito para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>methoxsalen rapid (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>pain relieving (crema para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>podofilox (solución para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
REGANEX (GEL PARA USO EXTERNO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
SANTYL (UNGÜENTO PARA USO EXTERNO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>silver sulfadiazine (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ssd (crema para uso externo)</i>	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>wart remover maximum strength (líquido para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>wart remover maximum strength (tira para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>z-bum (crema para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>zinc oxide (ungüento para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
Pediculicidas/escabicidas		
<i>gnp lice treatment (líquido para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lice killing (champú para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>lice treatment creme rinse (líquido para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>malathion (loción para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>permethrin (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>vanallice (gel para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
Antiinfecciosos tópicos		
<i>acne medication 10 (gel para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>acne medication 10 (loción para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>acne medication 5 (gel para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>acne medication 5 (loción para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>benzoyl peroxide (gel para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>benzoyl peroxide wash (líquido para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ciclopirox (gel para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ciclopirox (champú para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ciclopirox (solución para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ciclopirox olamine (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ciclopirox olamine (suspensión para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clindacin etz (hisopo para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>clindamycin phosphate (gel para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>clindamycin phosphate (loción para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>clindamycin phosphate (solución para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>clindamycin phosphate (hisopo para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>clotrimazole (solo con receta) (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>clotrimazole (solo con receta) (solución para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>econazole nitrate (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>ery (apósito para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>erythromycin (gel para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>erythromycin (solución para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>gentamicin sulfate (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>gentamicin sulfate (ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
JUBLIA (SOLUCIÓN PARA USO EXTERNO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>ketconazole (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>ketconazole (champú para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>mupirocin (ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nyamyc (polvo para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>nystatin (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nystatin (ungüento para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nystatin (polvo para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>nystop (polvo para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
Electrolitos/minerales/metales/vitaminas		
Reemplazos de electrolitos/minerales		
<i>600+d3 (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>advantage care electrolyte pediatric (solución oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>bprotected pedia iron (solución oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium + vitamin d3 (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium 500 + d3 (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium 500/d (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium 500+d (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium 500+d high potency (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium 500+d3 (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium 600 (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium 600 + d (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium 600 +d high potency (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium 600 high potency (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium 600/vitamin d (tableta oral masticable)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium 600/vitamin d (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium 600/vitamin d3 (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium 600+d (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium 600+d high potency (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium 600+d plus minerals (tableta oral masticable)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium 600+d plus minerals (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium 600+d3 (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium 600+d3 plus minerals (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium carbonate (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium carbonate (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium carbonate antacid (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium carbonate-cholecalciferol (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium carbonate-cholecalciferol (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium carbonate-vitamin d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium citrate (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium citrate + d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium citrate + d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium citrate + d3 maximum (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium citrate malate-vitamin d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium citrate plus/magnesium (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium citrate+d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium citrate-vitamin d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium citrate-vitamin d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium for women (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium high potency (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium high potency/vitamin d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium oyster shell (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium plus vitamin d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium plus vitamin d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium/c/d (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium+d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium-magnesium (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium-magnesium-zinc (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium-vitamin d3 (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium-vitamin d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cal-mag-zinc-d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>caltrate 600+d plus minerals (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>caltrate 600+d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>caltrate 600+d3 soft (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>carglumic acid (tableta oral soluble)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>centratex (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>chewable calcium (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>citracal maximum (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>coral calcium (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>corvite 150 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>corvite fe (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs calcium (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs calcium + d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs calcium 600 & vitamin d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs calcium 600 + d/minerals (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs calcium 600+d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs iron (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs magnesium (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs pediatric electrolyte (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs pediatric electrolyte freeze pop (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs selenium (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs slow release iron (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs zinc gluconate (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>dextrose (10% solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>dextrose (5% solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>dextrose-sodium chloride (10-0.2% solución para inyección intravenosa, 10-0.45% solución para inyección intravenosa, 5-0.2% solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>dextrose-sodium chloride (2.5-0.45% solución para inyección intravenosa, 5-0.45% solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>dextrose-sodium chloride (5-0.9% solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
ENDARI (PAQUETE ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>enfamil enfalyte (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>enlyte (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>eq calcium 500+d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>eq calcium 600+d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>eq calcium citrate+d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>eq slow-release iron (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>eql calcium citrate/vitamin d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>eql calcium citrate/vitamin d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>eql calcium/vitamin d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>eql calcium/vitamin d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ezfe 200 (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>fe c tab (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>feosol (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>feosol bifera (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ferate (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>fer-in-sol (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>feriva 21/7 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ferivafa (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ferosul (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ferralet 90 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ferretts (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ferretts ips (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ferrex 150 (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ferric x-150 (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ferrimin 150 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ferrous fumarate (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ferrous gluconate (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ferrous sulfate (tónico oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ferrous sulfate (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ferrous sulfate (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ferrous sulfate (jarabe oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ferrous sulfate (tableta oral de liberación retardada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ferrous sulfate (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ferrous sulfate er (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>fe-vite iron (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>floriva (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>folitab 500 (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>fusion (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp calcium (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp calcium 500 +d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp calcium 600 +d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp calcium citrate +d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp iron (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp iron (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>h-e-b oral electrolyte (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>hemocyte plus (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>icar (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>icar-c (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>integra (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>integra f (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>integra plus (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
INTRALIPID (EMULSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA
<i>iron (sulfato ferroso) (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>iron (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>iron 100/c (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>iron 27 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>iron high-potency (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>iron infant & toddler (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>iron infant/toddler (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>iron slow release (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>iron supplement (tónico oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>iron-vitamin c (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>irosan 24/6 (oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
ISOLYTE-P IN D5W (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
ISOLYTE-S PH 7.4 (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>kcl in dextrose-nacl (solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>kcl-lactated ringers-d5w (solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>klor-con (paquete oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>klor-con 10 (tableta oral de liberación prolongada)</i>	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>klor-con 8 (tableta oral de liberación prolongada)</i>	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>klor-con m10 (tableta oral de liberación prolongada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>klor-con m15 (tableta oral de liberación prolongada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>klor-con m20 (tableta oral de liberación prolongada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>kp calcium citrate+d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>kp ferrous gluconate (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>kp ferrous sulfate (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>k-phos-neutral (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>magnesium (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>magnesium lactate (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>magnesium oxide -magnesium supplement (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>magnesium oxide -magnesium supplement (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>magnesium sulfate (50% (10ml jeringa) solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>magnesium sulfate (50% solución para inyección)</i>	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>mag-tab sr (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>monocal (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>multiple electrolytes type 1 ph 5.5 (solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nephron fa (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nu-iron (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nu-mag (tableta oral de liberación retardada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
NUTRILIPID (EMULSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oceanic selenium (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>orazinc (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>orazinc (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>os-cal calcium + d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>os-cal extra d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>oysco 500+d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>oyster calcium (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>oyster shell calcium (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>oyster shell calcium + d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>oyster shell calcium + d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>oyster shell calcium plus d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>oyster shell calcium w/d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>oyster shell calcium/d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>oyster shell calcium/d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>oyster shell calcium/vitamin d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>oyster shell calcium/vitamin d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pc pediatric iron drops (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pedialyte (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pedialyte advanced care (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pedialyte freezer pops (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pedialyte singles (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pediatric electrolyte (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pediatric electrolyte freeze pops (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pediatric electrolyte freezer pops (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pediatric electrolyte-zinc (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>phospha 250 neutral (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>phosphorous (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>phospho-trin 250 neutral (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>phospho-trin k500 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PLASMA-LYTE 148 (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE A (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
PLENAMINE (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>poly-iron 150 (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>poly-iron 150 forte (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>polysaccharide iron complex (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>polysaccharide-iron complex (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>potassium chloride (10meq/100ml solución para inyección intravenosa, 20meq/100ml solución para inyección intravenosa, 2meq/ml (30ml) solución para inyección intravenosa, 2meq/ml (20ml) solución para inyección intravenosa, 40meq/100ml solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>potassium chloride (20meq/15ml(10%) solución oral, 40meq/15ml(20%) solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride (paquete oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride er (10meq tableta oral de liberación prolongada, 20meq tableta oral de liberación prolongada, 8meq tableta oral de liberación prolongada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride er (cápsula oral de liberación prolongada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride in dextrose 5% (20meq/l solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>potassium chloride in nacl (20-0.45meq/l-% solución para inyección intravenosa, 20-0.9meq/l-% solución para inyección intravenosa, 40-0.9meq/l-% solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>potassium chloride microencapsulated er (tableta oral de liberación prolongada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>potassium citrate er (tableta oral de liberación prolongada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>potassium citrate-citric acid (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
PREMASOL (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>profe (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>proferrin es (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>proferrin-forte (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
PROSOL (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA
<i>pure calcium carbonate (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra calcium 600 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra calcium 600/vitamin d/minerals (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra calcium 600/vitamin d-3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra calcium citrate plus vitamin d-3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra calcium-boron (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra hi cal (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra high potency iron (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra magnesium (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra natural magnesium (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra pediatric electrolyte (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra selenium natural (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra slow release iron (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra zinc (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>selenium (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>se-tan plus (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>slow fe (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>slow release iron (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>slow-mag (tableta oral de liberación retardada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm calcium 600/vitamin d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm calcium 600+d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm calcium citrate+/vitamin d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm calcium citrate+vitamin d3 max (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm calcium/vitamin d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm calcium-vitamin d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm magnesium oxide (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm pediatric electrolyte (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm slow release iron (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm zinc gluconate (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sodium chloride (0.45% solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>sodium chloride (0.9% solución para inyección intravenosa, 3% solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>sodium chloride (5% solución para inyección intravenosa)</i>	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA
<i>sodium chloride (solución para irrigación)</i>	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>sodium citrate-citric acid (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sodium fluoride (solo sin receta) (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>super calcium (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>super calcium 600 + d 400 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>super calcium 600 + d3 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>tandem (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>tandem plus (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>taron forte (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
TPN ELECTROLYTES (CONCENTRADO PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
TRAVASOL (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA
<i>tricitrates (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
TROPHAMINE (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA
<i>wee care (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>wes-phos 250 neutral (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>zinc (pastilla para chupar para la boca/garganta) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>zinc (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>zinc (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>zinc 15 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>zinc gluconate (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>zinc sulfate (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>zinc sulfate (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
Modificadores de electrolitos/minerales/metales		

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CHEMET (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>deferasirox granules (paquete oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
<i>deferasirox (tableta oral) (jadenu genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
<i>deferasirox (tableta oral soluble) (exjade genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
<i>deferiprone (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
<i>trientine hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
Aglutinantes de fosfato		
<i>calcium acetate (aglutinante de fosfato) (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>calcium acetate (solo con receta) (667mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>sevelamer carbonate (paquete oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>sevelamer carbonate (tableta oral) (renvela genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
VELPHORO (TABLETA ORAL MASTICABLE)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
Aglutinantes de potasio		
LOKELMA (PAQUETE ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>sodium polystyrene sulfonate (polvo oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>sps (suspensión oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
VELTASSA (PAQUETE ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
Vitaminas		
<i>a thru z advanced (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>a thru z select (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>a thru z select 50+ advanced (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>a thru z select advanced (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>a thru z select ultimate women (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>a thru z ultimate mens (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>a-10000 (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>abaneu-sl (tableta sublingual) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>apetex (tónico oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>apetigen (tónico oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>apetigen-plus (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>apetigen-plus (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>aqueous vitamin d (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>aqueous vitamin e (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ascorbic acid (polvo oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ascorbic acid (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>b complex (ácido fólico) (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>b complex (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>b complex formula 1 (lipotrop) (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>b complex vitamins (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>b complex vitamins (con ácido fólico) (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>b complex-c (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>b complex-folic acid (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>b-1 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>b-12 (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>b-12 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>b-12 (tableta sublingual) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>b-12 dots (tableta oral dispersable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>b-12 tr (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>b-2 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>b-6 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>b6 natural (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>bacmin (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>balance b-100 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>balance b-50 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>b-complex (ácido fólico) (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>b-complex/b-12 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>b-complex-c (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>beta carotene (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>beta carotene provitamin a (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>biocal (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>biopetit (tónico oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>biotin (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>biotin (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>biotin maximum strength (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>bprotected multi-vite (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bprotected pedia d-vite (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>bprotected pedia tri-vite (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>c 1000 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>c 1000-bioflavonoids-rose hips (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>c 500 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>c complex (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>c-1000 (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>c-1000 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>c-1000/rose hips (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>c-250 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>c-500 (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>c-500 (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>c-500 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>c-500/rose hips (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcidol (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>c-chewable (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>centravites 50 plus (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>centrum (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>centrum adults (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>centrum men (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>centrum silver (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>centrum silver 50+women (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>centrum silver adult 50+ (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>centrum silver ultra womens (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>centrum specialist heart (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>centrum ultra womens (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>centrum women (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cerefolin (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cerovite senior (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>certavite senior (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>certavite senior/antioxidant (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>certavite/antioxidants (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>childrens chewable vitamins (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>companion (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>compete (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>complex b-100-inositol (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>corvita (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cranberry urinary comfort (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs b complex plus c (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs b-1 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs b-12 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs b6 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs beta carotene (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs biotin high potency (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs chewable c with rose hips (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs hair/skin/nails (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs spectravite adult 50+ (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs spectravite adults (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs spectravite advanced (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs spectravite men (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs spectravite women (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs spectravite women 50+ (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs vitamin a (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs vitamin b12 (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs vitamin b12 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs vitamin b-2 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs vitamin c (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs vitamin c-rose hips (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cvs vitamin e (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>daily multiple vitamins (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>daily value multivitamin (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>daily vite (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>daily vite multivitamin/iron (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>daily vites (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>dekas essential (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>dekas essential (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>dekas plus (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>dekas plus (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>dialyvite (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>dialyvite 3000 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>dialyvite 5000 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>dialyvite 800 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>dialyvite 800/iron (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>dialyvite supreme d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>dialyvite/zinc (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>d-vi-sol (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>d-vite pediatric (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>e400 (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>e-400 (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>elfolate plus (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>endur-acin (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>endur-c (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>e-oil (aceite oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>eq complete multivitamin adult 50+ (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>eq complete multivitamin-adult (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>eq one daily womens health (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>eq1 b complex 50 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>eq1 b-6 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>eq1 one daily womens (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>eq1 vitamin b-12 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>eq1 vitamin c (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eql vitamin c/rose hips (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>eql vitamin e (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ergocalciferol (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ergocalciferol (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>essentia (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>fabb (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>flintstones complete (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>flintstones/my first (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>floriva (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>floriva plus (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>folbee (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>folbee plus (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>folbee plus cz (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>folbic (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>folic acid (solución para inyección) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>folic acid (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>folplex 2.2 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>foltabs 800 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>foltanx (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>foltrate (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>fosfree (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>fruit c 500 (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>fruity c (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>full spectrum b/vitamin c (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>fusion plus (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp b-12 (tableta sublingual) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp biotin (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp childrens chewables/extra c (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp essential one daily (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp little ones childrens (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp mega multi for men (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp mega multi for women (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp one daily mens health 50+ (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp one daily womens 50+ (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp vitamin a (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp vitamin b-1 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp vitamin b-12 (tableta oral de liberación prolongada)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp vitamin b-12 (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp vitamin b-6 (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp vitamin c (tableta oral masticable)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp vitamin c (tableta oral de liberación prolongada)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp vitamin c (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp vitamin c drops (pastilla para chupar para la boca/garganta)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp vitamin c w/rose hips (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp vitamin c/rose hips (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp vitamin e (cápsula oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gummi bear multivitamin/mineral (tableta oral masticable)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>hard nails (cápsula oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>healthy kids gummies (tableta oral masticable)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>high potency multivitamin/beta-carotene (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>high potency multivitamin/folic acid (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>hm biotin (cápsula oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>hm e vitamin (cápsula oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>hm vitamin b-12 (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>hm vitamin c (tableta oral masticable)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>icaps mv (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>kobee (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>kp adults 50+ daily formula (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>kp b complex-c (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>kp niacin (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>kp vitamin b-12 (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kp vitamin b-6 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>kp vitamin e (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>l-methylfolate-b6-b12 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>l-methyl-mc (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>lysiplex plus (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mega multi men (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mega multiple/chelated mineral (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>meijer c (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>meribin (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>metafolbic (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mg plus protein (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mtx support (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>multi complete/iron (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>multi vitamin (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>multiple vitamin/minerals/no iron (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>multiple vitamins (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>multiple vitamins/iron (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>multiple vitamins-iron (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>multivitamin & mineral (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>multivitamin (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>multi-vitamin (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>multivitamin adults 50+ (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>multi-vitamin hp/minerals (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>multivitamin women 50+ (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>multivitamin/fluoride (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>multivitamin/fluoride (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>multi-vitamin/fluoride/iron (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>multi-vitamin/iron/fluoride (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>multi-vite (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mvw complete formulation (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mvw complete formulation (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mvw complete formulation (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mvw complete formulation d3000 (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mvw complete formulation d3000 (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mvw complete formulation d5000 (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mvw complete formulation d5000 (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mvw complete formulation minis (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mynephron (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nascobal (solución nasal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>natural c/rose hips (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>natural vitamin e (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nephplex rx (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nephro vitamins (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nephro-vite (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>neurin-sl (tableta sublingual) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>niacin (solo sin receta) (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>niacin er (cápsula oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>niacin er (solo sin receta) (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>niavasc (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>niva-fol (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>no iron multi vitamin-minerals (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nutrivit (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ocutabs (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ocutabs-lutein (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>omnicap (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>oncovite (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>one daily calcium/iron (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>one daily complete (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>one daily for men 50+ advanced (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>one daily for women (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>one daily for women 50+ advanced (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>one daily maximum (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>one daily multivitamin/iron (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>one daily womens 50 plus (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>one daily womens 50+ (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>one daily/minerals (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>one-a-day essential (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>one-a-day mens 50+ advantage (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>one-a-day teen advantage/her (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>one-a-day teen advantage/him (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>one-a-day womens formula (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>one-daily multi-vitamin (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pc pediatric tri-vitamin drops (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>peridin-c (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pharmacist choice d-vitamin (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>phytonadione (solución para inyección) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>phytonadione (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>plain niacin (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>poly-vi-flor (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>poly-vi-flor (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>poly-vi-flor/iron (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>poly-vi-flor/iron (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>poly-vi-sol (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>poly-vi-sol/iron (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>prenatal (solo con receta) (27-1mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>protectiron (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pureway-c (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pyridoxine hcl (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>quflora fe (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>quflora fe pediatric (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>quflora gummies (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>quflora pediatric (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>quflora pediatric (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>quintabs-m (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra balanced b-100 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra balanced b-50 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra b-complex (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra b-complex with b-12 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ra b-complex/vitamin c cr (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra biotin (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra central-vite womens mature (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra niacin (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra one daily maximum (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra vitamin a (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra vitamin b-1 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra vitamin b12 (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra vitamin b-12 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra vitamin b-12 tr (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra vitamin b-6 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra vitamin c (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra vitamin c (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra vitamin c cr (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra vitamin c/rose hips (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ra vitamin e (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>renal (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>renal vitamin (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>rena-vite (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>rena-vite rx (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>senior tabs (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sentry (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sentry senior (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>slo-niacin (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm b100 complex (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm balanced b-50 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm b-complex (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm b-complex/vitamin c (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm biotin (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm chewable vitamin c (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm complete (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm complete 50+ (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm complete 50+ ultimate women (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm hair/skin/nails (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm multiple vitamins/iron (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm niacin cr (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm one daily womens (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm vitamin b complex/vitamin c (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm vitamin b1 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm vitamin b-12 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm vitamin b12 tr (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm vitamin b6 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm vitamin c (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm vitamin c (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm vitamin c cr (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>soluvita e (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>spectravite (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>stress b/zinc (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>stress formula (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>stress formula/iron (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>stress formula/zinc (b-complex) (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>strovite one (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>super b/c (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>super biotin (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>super quints b-50 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>super thera vite m (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>supervite (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sv vitamin b-12 er (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>tab-a-vite/iron/beta carotene (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>thera m plus (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>thera-m (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>therapeutic-m/lutein (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>thera-tabs (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>theratrum complete (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>theratrum complete 50 plus (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>therems-m (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>thiamine hcl (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>triphrocaps (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>tri-vi-flor (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>tri-vite pediatric (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>tri-vite/fluoride (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>v-c forte (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vic-forte (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>virt-caps (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>virt-gard (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vital-d rx (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitalee (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitalets childrens (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin a (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin b + c complex (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin b 12 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin b complex (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin b complex-c (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin b1 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin b-1 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin b-12 (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin b12 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin b-12 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin b-12 (tableta sublingual) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vitamin b-12 er (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin b12 tr (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin b-2 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin b6 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin b-6 (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin c (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin c (polvo oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin c (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin c (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin c drops (pastilla para chupar para la boca/garganta) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin c er (cápsula oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin c er (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin c/bioflavonoids/rose hips (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin c/rose hips (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin c/rose hips tr (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin c-rose hips (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin c-rose hips er (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin c-rose hips tr (tableta oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin d (ergocalciferol) (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin d (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin d infant (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin d3 (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin e (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin e (aceite oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin e (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin e blend (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin e high potency (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin e water soluble (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin e/d-alpha (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin e/d-alpha natural (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin k1 (solución para inyección) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin supplement e-400 (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vitamin-b complex (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamins acd-fluoride (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitatum (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitrum 50+ senior multi (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vp-vite rx (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>wescaps (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>westab max (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>westab one (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>womens daily formula (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>womens daily formula/folic acid/calcium/iron (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>yelets teenage formula (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>zinc (pastilla para chupar oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
Agentes gastrointestinales		
Agentes contra el estreñimiento		
<i>bisacodyl (supositorio rectal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>bisacodyl ec (tableta oral de liberación retardada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>clearlax (polvo oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>constulose (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>docusate calcium (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>docusate sodium (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>docusol kids (enema rectal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>docusol plus mini-enema (enema rectal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>enema (enema rectal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>enemeez mini (enema rectal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>enemeez plus (enema rectal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>enulose (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>fiber (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>fiber-lax (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fleet pediatric (enema rectal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gavilax (polvo oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>generlac (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>goodsense clearlax (polvo oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>lactulose (10g/15ml solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
LINZESS (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>lubiprostone (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>milk of magnesia (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
MOTEGRITY (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
MOVANTIK (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>peg 3350 (paquete oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>peg 3350 (polvo oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>polyethylene glycol 3350 (paquete oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>polyethylene glycol 3350 (polvo oral) (miralax genérico) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
RELISTOR (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
RELISTOR (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
<i>senna-lax (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
TRULANCE (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
Antidiarreicos		
<i>alosetron hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
<i>anti-diarrheal (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>diphenoxylate-atropine (líquido oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>diphenoxylate-atropine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>loperamide hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
XERMELO (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
Antiespasmódicos, gastrointestinales		
<i>dicyclomine hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>dicyclomine hcl (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>dicyclomine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>glycopyrrolate (solución oral) (cuvposa genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
<i>methscopolamine bromide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Agentes gastrointestinales, otros		
<i>acid gone (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>almacone double strength (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>aluminum hydroxide gel (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>antacid (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>antacid (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>antacid calcium (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>antacid extra strength (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>antacid maximum strength (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>antacid regular strength (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>antacid regular strength (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>antacid ultra strength (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>antacid/antigas (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>anti-diarrheal (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>anti-diarrheal (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>bismatrol (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>bismuth subsalicylate (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium antacid (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium antacid extra strength (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>calcium carbonate antacid (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cal-gest antacid (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
CHENODAL (TABLETA ORAL)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
CLENPIQ (SOLUCIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>gas relief (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gas relief extra strength (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gas relief extra strength (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gas relief infants (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gas relief ultra strength (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gavilyte-c (solución oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>gavilyte-g (solución oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>heartburn relief extra strength (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>loperamide hcl (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>loperamide-simethicone (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>magnesium oxide (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mintox maximum strength (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mintox plus (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>peg-3350-electrolytes (solución oral) (golytely genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>peg-3350-nacl-na bicarbonate-kcl (solución oral) (nulytely genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>simethicone (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>simethicone drops infants (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>simethicone ultra strength (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm anti-diarrheal (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>smooth antacid extra strength (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sodium bicarbonate (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sodium sulfate-potassium sulfate-magnesium sulfate (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>stomach relief (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>stomach relief (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>stomach relief (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>stomach relief extra strength (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>stomach relief ultra (suspensión oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
SUFLAVE (SOLUCIÓN ORAL RECONSTITUIDA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
SUTAB (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>ursodiol (300mg cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ursodiol (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
VOWST (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
Antagonistas de los receptores de la Histamina2 (H2)		
<i>acid reducer (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>acid reducer complete (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>acid reducer maximum strength (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cimetidine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>famotidine (solo sin receta) (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>famotidine (solo con receta) (20mg tableta oral, 40mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>famotidine maximum strength (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>famotidine original strength (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nizatidine (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Protectores		
<i>misoprostol (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>sucralfate (suspensión oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>sucralfate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Inhibidores de la bomba de protones		
<i>acid reducer (cápsula oral de liberación retardada)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>esomeprazole magnesium (tableta oral de liberación retardada)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>esomeprazole magnesium (solo sin receta) (cápsula oral de liberación retardada) (nexium genérico)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>esomeprazole magnesium (solo con receta) (cápsula oral de liberación retardada) (nexium genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>gnp omeprazole (tableta oral de liberación retardada)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>lansoprazole (solo sin receta) (cápsula oral de liberación retardada)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>lansoprazole (solo con receta) (cápsula oral de liberación retardada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>omeprazole (tableta oral dispersable de liberación retardada)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>omeprazole (tableta oral de liberación retardada)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>omeprazole (solo con receta) (10mg cápsula oral de liberación retardada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>omeprazole (solo con receta) (20mg cápsula oral de liberación retardada, 40mg cápsula oral de liberación retardada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>omeprazole magnesium (cápsula oral de liberación retardada)*</i>	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>omeprazole magnesium (tableta oral de liberación retardada)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pantoprazole sodium (tableta oral de liberación retardada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>rabeprazole sodium (tableta oral de liberación retardada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Trastorno genético, enzimático o de las proteínas: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
Trastorno genético, enzimático o de las proteínas: Reemplazo, modificadores, tratamiento		
ARALAST NP (1000MG SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
<i>betaine (polvo oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
CHOLBAM (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
CREON (CÁPSULA ORAL CON PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>cromolyn sodium (concentrado oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
CYSTAGON (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>icaps lutein & zeaxanthin (tableta oral de liberación retardada)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>levocarnitine (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>levocarnitine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>miglustat (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
<i>nitisinone (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
PROLASTIN-C (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
REVCIVI (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
<i>sapropterin dihydrochloride (paquete oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>sapropterin dihydrochloride (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>sodium phenylbutyrate (polvo oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>sodium phenylbutyrate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
SUCRAID (SOLUCIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
VYNDAMAX (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
VYNDAQEL (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>yargesa (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
ZEMAIRA (1000MG SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZENPEP (CÁPSULA ORAL CON PARTÍCULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
ZOKINVY (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
Agentes genitourinarios		
Antiespasmódicos, urinarios		
GEMTESA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
MYRBETRIQ (SUSPENSIÓN ORAL RECONSTITUIDA DE LIBERACIÓN PROLONGADA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
MYRBETRIQ (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>oxybutynin chloride er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>oxybutynin chloride (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>oxybutynin chloride (5mg tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>solifenacin succinate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
Agentes para la hipertrofia prostática benigna		
<i>alfuzosin hcl er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>dutasteride (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>finasteride (5mg tableta oral) (proscar genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>silodosin (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>tamsulosin hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>terazosin hcl (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Agentes genitourinarios, otros		
<i>bethanechol chloride (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
ELMIRON (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>penicillamine (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (suprarrenales)		
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (suprarrenales)		

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dexamethasone (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>dexamethasone (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>fludrocortisone acetate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>methylprednisolone (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>methylprednisolone (tableta oral, paquete de tratamiento)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>prednisolone (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate (25mg/5ml solución oral, 6.7mg/5ml solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>prednisone intensol (concentrado oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>prednisone (5mg/5ml solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>prednisone (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>prednisone (tableta oral, paquete de tratamiento)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (pituitaria)		
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (pituitaria)		
<i>desmopressin acetate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>desmopressin acetate spray (solución nasal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
GENOTROPIN MINIQUICK (JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
GENOTROPIN (CARTUCHO PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
INCRELEX (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
SEROSTIM (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
ZOMACTON (5MG SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (prostaglandinas)		
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (prostaglandinas)		
KORLYM (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>mifepristone (300mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (hormonas sexuales/modificadores)		
Andrógenos		
<i>danazol (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>testosterone cypionate (solución para inyección intramuscular)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>testosterone enanthate (solución para inyección intramuscular)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>testosterone (20.25mg/1.25g 1.62% gel transdérmico, 25mg/2.5g 1% gel transdérmico, 40.5mg/2.5g 1.62% gel transdérmico, 50mg/5g 1% gel transdérmico), testosterone pump (1% gel transdérmico, 1.62% gel transdérmico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Estrógenos		
<i>altavera (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>alyacen 1/35 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>amethia (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>apri (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>aranelle (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ashlyna (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>aubra eq (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>aviane (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>balziva (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>blisovi 24 fe (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>blisovi fe 1.5/30 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>briellyn (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>camrese lo (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
CLIMARA PRO (PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>cryselle-28 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cyred eq (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>dolishale (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
DUAVEE (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
ELESTRIN (GEL TRANSDÉRMICO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eluryng (anillo vaginal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>enilloring (anillo vaginal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>enpresse-28 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>enskyce (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>estarylla (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>estradiol (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>estradiol (parche transdérmico semanal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>estradiol (crema vaginal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>estradiol valerate (aceite para inyección intramuscular)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
ESTRING (ANILLO VAGINAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>ethynodiol diacetate-ethinyl estradiol (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol (anillo vaginal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>falmina (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>finzala (tableta oral masticable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>fyavolv (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>hailey 24 fe (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>haloette (anillo vaginal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>iclevia (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
IMVEXXY MAINTENANCE PACK (ÓVULO VAGINAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
IMVEXXY STARTER PACK (ÓVULO VAGINAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>introvale (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>isibloom (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>jasmiel (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>jinteli (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>juleber (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>junel 1.5/30 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>junel 1/20 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>junel fe 1.5/30 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>junel fe 1/20 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>junel fe 24 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>kaitlib fe (tableta oral masticable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>kariva (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>kelnor 1/35 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>kelnor 1/50 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>kurvelo (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>larin 1.5/30 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>larin 1/20 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>larin fe 1.5/30 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>larin fe 1/20 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>layolis fe (tableta oral masticable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>leena (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>lessina (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>levonest (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol & ethinyl estradiol (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol 91-day (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol triphasic (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>levora 0.15/30 (28) (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>loryna (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>low-ogestrel (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>luteru (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>marlissa (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
MENEST (TABLETA ORAL)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>mibelas 24 fe (tableta oral masticable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>microgestin 1.5/30 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>microgestin 1/20 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>microgestin 24 fe (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>microgestin fe 1.5/30 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>microgestin fe 1/20 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>mili (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>necon 0.5/35 (28) (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nikki (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe (1-20mg-mcg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe (1-20mg-mcg tableta oral masticable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol (1-20mg-mcg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol (0.5-2.5mg-mcg tableta oral, 1-5mg-mcg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>norethindrone-ethinyl estradiol-fe (1-20mg-mcg/1-30mg-mcg/1-35mg-mcg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol-fe (0.4-35mg-mcg tableta oral masticable, 0.8-25mg-mcg tableta oral masticable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol triphasic (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nortrel 0.5/35 (28) (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nortrel 1/35 (21) (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nortrel 1/35 (28) (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nortrel 7/7/7 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nylia 1/35 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nylia 7/7/7 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nymyo (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ocella (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>pimtrea (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>portia-28 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
PREMARIN (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
PREMARIN (CREMA VAGINAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
PREMPHASE (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
PREMPRO (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>reclipsen (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>rivelsa (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>setlakin (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>sprintec 28 (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>sronyx (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>syeda (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tarina 24 fe (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tarina fe 1/20 eq (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tilia fe (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tri-estarylla (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tri-legest fe (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tri-lo-estarylla (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-sprintec (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tri-mili (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tri-nymyo (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tri-sprintec (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>trivora (28) (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tri-vylibra lo (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tri-vylibra (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>turqoz (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tyblume (tableta oral masticable)</i>	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>velivet (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>vestura (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>vienva (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>vyfemla (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>vylibra (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>wymzya fe (tableta oral masticable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>zovia 1/35 (28) (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Progestinas		
<i>camila (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
CRINONE (GEL VAGINAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
<i>deblitane (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>econtra ez (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>errin (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>heather (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>incassia (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>levonorgestrel (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lyleq (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>lyza (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate (jeringa precargada con suspensión para inyección intramuscular)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate (suspensión para inyección intramuscular)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>megestrol acetate (40mg/ml suspensión oral, 625mg/5ml suspensión oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>megestrol acetate (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>my way (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>new day (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nora-be (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>norethindrone (0.35mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>norethindrone acetate (5mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>opcicon one-step (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sharobel (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Agentes modificadores selectivos de los receptores de estrógeno		
OSPHENA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>raloxifene hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (tiroides)		
Agentes hormonales, estimulantes/de reemplazo/modificadores (tiroides)		
<i>euthyrox (tableta oral)</i>	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>levothyroxine sodium (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>levoxyl (tableta oral)</i>	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>liothyronine sodium (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
SYNTHROID (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>unithroid (tableta oral)</i>	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales)		
Agentes hormonales, supresores (suprarrenales)		
ISTURISA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
LYSODREN (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
Agentes hormonales, supresores (pituitaria)		
Agentes hormonales, supresores (pituitaria)		
<i>cabergoline (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
ELIGARD (KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FIRMAGON (240MG DOSIS) (120MG/AMPOLLETA DE SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
FIRMAGON (80MG SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>leuprolide acetate (kit para inyección subcutánea)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
LUPRON DEPOT (1 MES) (KIT PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
LUPRON DEPOT (3 MESES) (KIT PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
LUPRON DEPOT (4 MESES) (KIT PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
LUPRON DEPOT (6 MESES) (KIT PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
LUPRON DEPOT-PED (1 MES) (7.5MG KIT PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES) (11.25MG KIT PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
LUPRON DEPOT-PED (6 MESES) (KIT PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>octreotide acetate (solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA
ORGOVYX (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
SIGNIFOR (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
SOMAVERT (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
SYNAREL (SOLUCIÓN NASAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
TRELSTAR MIXJECT (SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
Agentes hormonales, supresores (tiroides)		

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes antitiroideos		
<i>methimazole (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>propylthiouracil (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Agentes inmunológicos		
Agentes para el angioedema		
BERINERT (KIT PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
CINRYZE (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
HAEGARDA (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
<i>icatibant acetate (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>sajazir (jeringa precargada con solución para inyección subcutánea)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
Inmunoglobulinas		
BIVIGAM (5G/50ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
GAMMAGARD (2.5G/25ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
GAMMAKED (1G/10ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
GAMMAPLEX (10G/100ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA, 10G/200ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA, 20G/200ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA, 5G/50ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
GAMUNEX-C (1G/10ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
OCTAGAM (1G/20ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA, 2G/20ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
PANZYGA (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
PRIVIGEN (20G/200ML SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
Agentes inmunológicos, otros		

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ACTEMRA ACTPEN (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ACTEMRA (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ARCALYST (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
BENLYSTA (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
BENLYSTA (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
COSENTYX (300MG DOSIS) (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
COSENTYX SENSOREADY (300MG) (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
COSENTYX (75MG/0.5ML JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
COSENTYX UNOREADY (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
DUPIXENT (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
DUPIXENT (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ORENCIA CLICKJECT (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ORENCIA (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
OTEZLA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
OTEZLA (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
RIDAURA (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RINVOQ (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
SKYRIZI PEN (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
SKYRIZI (CARTUCHO CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
SKYRIZI (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
STELARA (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
STELARA (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
XELJANZ (SOLUCIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
XELJANZ (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN INMEDIATA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
XELJANZ XR (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
XOLAIR (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
XOLAIR (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
XOLAIR (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
Inmunoestimulantes		
ACTIMMUNE (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
BESREMI (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
PEGASYS (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
PEGASYS (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
Inmunosupresores		
<i>azathioprine (50mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
CIMZIA (2 JERINGAS) (KIT DE JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
CIMZIA (KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>cyclosporine modified (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>cyclosporine modified (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cyclosporine (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
CYLTEZO (2 PLUMAS) (40MG/0.8ML KIT DE AUTOINYECTABLE PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
CYLTEZO (2 JERINGAS) (10MG/0.2ML KIT DE JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 20MG/0.4ML KIT DE JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 40MG/0.8ML KIT DE JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
CYLTEZO-CROHN'S DISEASE/ULCERATIVE COLITIS/HIDRADENITIS SUPPURATIVA STARTER (40MG/0.8ML KIT DE AUTOINYECTABLE PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
CYLTEZO-PSORIASIS/UVEITIS STARTER (40MG/0.8ML KIT DE AUTOINYECTABLE PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
ENBREL MINI (CARTUCHO CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ENBREL (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ENBREL (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ENBREL SURECLICK (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ENVARUS XR (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA
<i>everolimus (0.25mg tableta oral, 0.5mg tableta oral, 0.75mg tableta oral, 1mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>gengraf (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>gengraf (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMIRA (2 PLUMAS) (KIT DE PLUMA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA) (ABBVIE)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
HUMIRA (2 JERINGAS) (KIT DE JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA) (ABBVIE)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
HUMIRA PEN CROHN'S DISEASE/ULCERATIVE COLITIS/HIDRADENITIS SUPPURATIVA STARTER (KIT DE PLUMA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA) (ABBVIE)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START (KIT DE JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA) (ABBVIE)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
HUMIRA PEN-PEDIATRIC ULCERATIVE COLITIS START (KIT DE PLUMA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA) (ABBVIE)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
HUMIRA PEN PSORIASIS/UEVEITIS STARTER (40MG/0.8ML KIT DE PLUMA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA) (ABBVIE)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
HUMIRA PEN PSORIASIS/UEVEITIS STARTER (40MG/0.4ML & 80MG/0.8ML KIT DE PLUMA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA) (ABBVIE)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
JYLAMVO (SOLUCIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
<i>leflunomide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>methotrexate sodium (50mg/2ml jeringa precargada con solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>methotrexate sodium (50mg/2ml solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>methotrexate sodium (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>mycophenolate mofetil (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>mycophenolate mofetil (suspensión oral reconstituida)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>mycophenolate mofetil (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>mycophenolate sodium (tableta oral de liberación retardada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
PROGRAF (PAQUETE ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA
RASUVO (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
SANDIMMUNE (SOLUCIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SIMPONI (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
SIMPONI (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>sirolimus (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>sirolimus (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>tacrolimus (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
TREXALL (TABLETA ORAL)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
XATMEP (SOLUCIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
YUFLYMA (1 PLUMA) (KIT DE AUTOINYECTABLE PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
YUFLYMA (2 JERINGAS) (KIT DE JERINGA PRECARGADA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
YUFLYMA-CROHN'S DISEASE/ULCERATIVE COLITIS/HIDRADENITIS SUPPURATIVA STARTER (KIT DE AUTOINYECTABLE PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
Vacunas		
ABRYSSVO (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ACTHIB (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
ADACEL (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
AREXVY (SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
BCG VACCINE (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
BEXSERO (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BOOSTRIX (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
BOOSTRIX (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
DAPTACEL (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT (25-5LFU/ 0.5ML SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
ENGERIX-B (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA; QL
ENGERIX-B (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA; QL
GARDASIL 9 (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
GARDASIL 9 (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
HAVRIX (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
HEPLISAV-B (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA; QL
HIBERIX (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
IMOVAX RABIES (SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA; QL
INFANRIX (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
IPOL (INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
IXCHIQ (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
IXIARO (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
JYNNEOS (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
KINRIX (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
MENACTRA (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MENQUADFI (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
MENVEO (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
M-M-R II (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
PEDIARIX (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
PEDVAX HIB (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
PENBRAYA (SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
PENTACEL (SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
PREHEVBRIO (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA; QL
PRIORIX (SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
PROQUAD (SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
QUADRACEL (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
QUADRACEL (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
RABAVERT (SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA; QL
RECOMBIVAX HB (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA; QL
RECOMBIVAX HB (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA; QL

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ROTARIX (SUSPENSIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
ROTARIX (SUSPENSIÓN ORAL RECONSTITUIDA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
ROTATEQ (SOLUCIÓN ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
SHINGRIX (SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
TDVAX (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
TENIVAC (INYECTABLE PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
TICOVAC (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
TRUMENBA (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
TWINRIX (JERINGA PRECARGADA CON SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
TYPHIM VI (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
TYPHIM VI (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
VAQTA (SUSPENSIÓN PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
VARIVAX (INYECTABLE PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
YF-VAX (INYECTABLE PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
Agentes para la enfermedad inflamatoria intestinal		
Aminosalicilatos		
APRISO (CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>balsalazide disodium (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
DIPENTUM (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>mesalamine er (500mg cápsula oral de liberación prolongada) (pentasa genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>mesalamine er (0.375g cápsula oral de liberación prolongada 24 horas) (apriso genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>mesalamine (1.2g tableta oral de liberación retardada) (lialda genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mesalamine (enema rectal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>mesalamine (supositorio rectal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
PENTASA (CÁPSULA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>sulfasalazine (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>sulfasalazine (tableta oral de liberación retardada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Glucocorticoides		
<i>budesonide er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	ST
<i>budesonide (cápsula oral con partículas de liberación retardada)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone (perianal) (2.5% crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone (enema rectal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>procto-med hc (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>proctosol hc (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>proctozone-hc (crema para uso externo)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Agentes para la osteopatía metabólica		
Agentes para la osteopatía metabólica		
<i>alendronate sodium (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>alendronate sodium (10mg tableta oral, 35mg tableta oral, 70mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>calcitonin salmon (solución nasal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>calcitriol (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>calcitriol (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>cinacalcet hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA; QL
<i>doxercalciferol (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
FORTEO (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>ibandronate sodium (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>paricalcitol (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
PROLIA (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
TERIPARATIDE (RECOMBINANTE) (620MCG/ 2.48ML PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
TYMLOS (PLUMA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
XGEVA (SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
Agentes terapéuticos varios		
Agentes terapéuticos varios		
ALCOHOL PREP PADS	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>chest rub (ungüento para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>coleman botanicals insect repellent (líquido para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>coleman insect repellent high&dry (aerosol para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>coleman skinsmart insect repellent (aerosol para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>coleman skinsmart insect repellent (líquido para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cutter backwoods (aerosol para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cutter backwoods (líquido para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cutter backwoods dry (aerosol para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cutter lemon eucalyptus (líquido para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
GAUZE (APÓSITO NO MEDICADO DE 2X2)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
INSULIN JERINGAS, AGUJAS	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>iosat (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
LAGEVRIO (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>mapap childrens (tableta oral masticable)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>natrapel 12-hour tick/insect (aerosol para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>off deep woods (aerosol para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>off deep woods (líquido para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>off deep woods dry (aerosol para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>off deep woods sportsmen (aerosol para uso externo)*</i>	\$0 (Nivel 3)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>off deep woods sportsmen (líquido para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
PAXLOVID (150/100MG) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
PAXLOVID (300/100MG) (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>petrolatum (ungüento para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>repel hunters formula (aerosol para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>repel lemon eucalyptus (aerosol para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>repel sportsmen (aerosol para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>repel sportsmen dry (aerosol para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>repel sportsmen max (aerosol para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sawyer insect repellent (líquido para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>suspendol-s (líquido) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ultrathon insect repellent 8 (aerosol para uso externo) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vapor steam (líquido para inhalación) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
Agentes oftálmicos		
Agentes oftálmicos, otros		
<i>artificial tears (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>atropine sulfate (1% solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>brimonidine tartrate-timolol (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
COMBIGAN (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
CYSTARAN (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate preservative free (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>dry eye relief (gel oftálmico) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>dry eye relief drops (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
LACRISERT (INSERTO OFTÁLMICO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lubricant eye drops (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>lubricant eye drops (pf) (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>lubricant eye nighttime (ungüento oftálmico) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>lubricating eye drops (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>lubricating plus eye drops (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>lubricating tears eye drops (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>lubrifresh p.m. (ungüento oftálmico) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>muro 128 (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>neomycin-polymyxin-bacitracin-hydrocortisone (ungüento oftálmico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone (3.5-10000-0.1 suspensión oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone (ungüento oftálmico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc (suspensión oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>neo-polycin hc (ungüento oftálmico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>polyvinyl alcohol (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>refresh celluvisc (gel oftálmico) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>refresh lacri-lube (ungüento oftálmico) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>refresh optive mega-3 (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>refresh plus (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
RESTASIS MULTIDOSE (EMULSIÓN OFTÁLMICA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
RESTASIS SINGLE-USE VIALS (EMULSIÓN OFTÁLMICA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
ROCKLATAN (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	ST
<i>sodium chloride (hipertónico) (ungüento oftálmico) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sodium chloride (hipertónico) (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sulfacetamide-prednisolone (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
TOBRADEX (UNGÜENTO OFTÁLMICO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
TOBRADEX ST (SUSPENSIÓN OFTÁLMICA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>tobramycin-dexamethasone (suspensión oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
TYRVAYA (SOLUCIÓN NASAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>ultra lubricating eye drops (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ultra lubricating eye drops pf (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
XIIDRA (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
Agentes antialérgicos oftálmicos		
<i>azelastine hcl (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bepotastine besilate (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
BEPREVE (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>cromolyn sodium (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>epinastine hcl (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>eye allergy itch relief (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>eye allergy itch/redness relief (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>eye drops (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>eye drops advanced relief (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>lastacaft (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>olopatadine hcl (solo sin receta) (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pataday (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>redness relief (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
Antiinfecciosos oftálmicos		
<i>bacitracin (ungüento oftálmico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>bacitracin-polymyxin b (ungüento oftálmico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin hcl (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>erythromycin (ungüento oftálmico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>gentamicin sulfate (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin (0.5% solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hcl (solución oftálmica) (vigamox genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
NATACYN (SUSPENSIÓN OFTÁLMICA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin (5-400-10000 ungüento oftálmico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>neo-polycin (ungüento oftálmico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ofloxacin (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>polycin (ungüento oftálmico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sulfacetamide sodium (ungüento oftálmico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide sodium (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>tobramycin (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
TOBREX (UNGÜENTO OFTÁLMICO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>trifluridine (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Antiinflamatorios oftálmicos		
<i>dexamethasone sodium phosphate (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>diclofenac sodium (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>eye itch relief (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>fluorometholone (suspensión oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>flurbiprofen sodium (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
ILEVRO (SUSPENSIÓN OFTÁLMICA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>ketorolac tromethamine (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ketotifen fumarate (solución oftálmica) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
LOTEMAX (GEL OFTÁLMICO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
LOTEMAX (UNGÜENTO OFTÁLMICO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
LOTEMAX SM (GEL OFTÁLMICO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>loteprednol etabonate (gel oftálmico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>prednisolone acetate (suspensión oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate (1% solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
PROLENSA (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
Bloqueantes betaadrenérgicos oftálmicos		
<i>betaxolol hcl (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
BETIMOL (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>carteolol hcl (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>levobunolol hcl (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming (solución oftálmica) (timoptic-xe genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>timolol maleate (solución oftálmica) (timoptic genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Agentes oftálmicos para bajar la presión intraocular, otros		
ALPHAGAN P (0.1% SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>apraclonidine hcl (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>brimonidine tartrate (0.2% solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>dorzolamide hcl (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methazolamide (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>pilocarpine hcl (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
RHOPRESSA (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	ST
Análogos oftálmicos de prostaglandinas y prostamidas		
<i>latanoprost (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
LUMIGAN (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>travoprost (bak free) (solución oftálmica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
VYZULTA (SOLUCIÓN OFTÁLMICA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
Agentes óticos		
Agentes óticos		
<i>acetic acid (solución ótica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ear drops (solución ótica)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>earwax removal (solución ótica)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>flac (aceite ótico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>fluocinolone acetonide (aceite ótico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone-acetic acid (solución ótica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc (1% solución ótica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc (suspensión ótica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>ofloxacin (solución ótica)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Agentes pulmonares/del tracto respiratorio		
Antihistamínicos		
<i>12hr allergy & congestion (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>12hr allergy relief (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>24hr allergy relief (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ala-hist ir (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>alahist pe (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>all day allergy (tableta oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>all day allergy childrens (solución oral)*</i>	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aller-chlor (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>allergy (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>allergy childrens (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>allergy childrens (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>allergy relief (loratadine) (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>allergy relief (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>allergy relief (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>allergy relief (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>allergy relief child (loratadine) (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>allergy relief childrens (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>allergy relief childrens (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>allergy relief d (tableta oral de liberación prolongada 12 horas) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>allergy relief d-12 (tableta oral de liberación prolongada 12 horas) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>allergy relief d-24 (tableta oral de liberación prolongada 24 horas) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>allergy relief/indoor/outdoor (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>antihistamine & nasal decongestant (tableta oral de liberación prolongada 12 horas) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>azelastine hcl (0.1% solución nasal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>banophen (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cetirizine hcl (5mg/5ml solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cetirizine hcl (tableta oral masticable) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cetirizine hcl (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cetirizine hcl allergy child (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cetirizine hcl childrens allergy (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cetirizine-pseudoephedrine er (tableta oral de liberación prolongada 12 horas) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>childrens loratadine (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cold & allergy childrens (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>complete allergy medicine (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cyproheptadine hcl (jarabe oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cyproheptadine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>dexbrompheniramine-phenylephrine (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>diphenhydramine hcl (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>diphenhydramine hcl (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diphenhydramine hcl (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ed a-hist (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ed chlorped jr (jarabe oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>fexofenadine hcl (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>fexofenadine-pseudoephedrine er (tableta oral de liberación prolongada 12 horas) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp all day allergy (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp loratadine (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp loratadine (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>histex (jarabe oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>histex pd (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>levocetirizine dihydrochloride (solo con receta) (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>lohist-d (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>loratadine (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>loratadine (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>loratadine childrens (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>loratadine-d 12hr (tableta oral de liberación prolongada 12 horas) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>loratadine-d 24hr (tableta oral de liberación prolongada 24 horas) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nasopen pe (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nohist-lq (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pain reliever pm extra strength (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pediaclear 8 childrens (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pediaclear pd childrens (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ru-hist d (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
RYALTRIS (SUSPENSIÓN NASAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
<i>rymed (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>rynex pe (tónico oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>rynex pse (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sleep aid (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sleep-aid (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sleep-aid (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm loratadine (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm lorata-dine d (tableta oral de liberación prolongada 24 horas) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>triprolidina hcl (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>westussin dm (jarabe oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
Antiinflamatorios, corticoesteroides inhalables		
<i>allergy relief (suspensión nasal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
ARNUITY ELLIPTA (POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>budesonide (suspensión para inhalación)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>budesonide (suspensión nasal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>flunisolide (solución nasal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>fluticasone propionate (solo sin receta) (suspensión nasal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>fluticasone propionate (solo con receta) (suspensión nasal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>nasal allergy 24 hour (aerosol nasal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
QVAR REDHALER (AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>triamcinolone acetonide (aerosol nasal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
Antileucotrienos		
<i>montelukast sodium (paquete oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>montelukast sodium (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>montelukast sodium (tableta oral masticable)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>zafirlukast (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
Broncodilatadores, anticolinérgicos		
ATROVENT HFA (SOLUCIÓN EN AEROSOL PARA INHALACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
INCRUSE ELLIPTA (POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>ipratropium bromide (solución para inhalación)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>ipratropium bromide (solución nasal)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
SPIRIVA HANDHALER (CÁPSULA PARA INHALACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SPIRIVA RESPIMAT (SOLUCIÓN EN AEROSOL PARA INHALACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
Broncodilatadores, simpaticomiméticos		
<i>albuterol sulfate (solución para nebulizador para inhalación)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>albuterol sulfate (jarabe oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>albuterol sulfate (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>albuterol sulfate hfa (108 (90 base) mcg/aplicación solución en aerosol para inhalación) (proair genérico), albuterol sulfate hfa (108 (90 base) mcg/aplicación solución en aerosol para inhalación) (proventil genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>arformoterol tartrate (solución para nebulizador para inhalación)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA; QL
<i>epinephrine (autoinyectable con solución para inyección)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>formoterol fumarate (solución para nebulizador para inhalación)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA; QL
<i>levalbuterol hcl (solución para nebulizador para inhalación)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
PERFOROMIST (SOLUCIÓN PARA NEBULIZADOR PARA INHALACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA; QL
<i>s2 (racepinephrine) (solución para nebulizador para inhalación)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
SREVENT DISKUS (POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
VENTOLIN HFA (SOLUCIÓN EN AEROSOL PARA INHALACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	
Agentes para la fibrosis quística		
CAYSTON (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INHALACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KALYDECO (PAQUETE ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
KALYDECO (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ORKAMBI (PAQUETE ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ORKAMBI (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
PULMOZYME (SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	B/D, PA; QL
TOBI PODHALER (CÁPSULA PARA INHALACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>tobramycin (300mg/5ml solución para nebulizador para inhalación)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA; QL
Estabilizadores de mastocitos		
<i>cromolyn sodium (solución para nebulizador para inhalación)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>cromolyn sodium (solución en aerosol nasal)*</i>	\$0 (Nivel 3)	
Inhibidores de la fosfodiesterasa, enfermedad de las vías respiratorias		
<i>roflumilast (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>theophylline er (tableta oral de liberación prolongada 12 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>theophylline er (tableta oral de liberación prolongada 24 horas)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>theophylline (solución oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Antihipertensivos pulmonares		
ADEMPAS (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
<i>alyq (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>ambrisentan (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>bosentan (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
OPSUMIT (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
ORENITRAM MONTH 1 (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ORENITRAM MONTH 2 (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ORENITRAM MONTH 3 (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
ORENITRAM (TABLETA ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
<i>sildenafil citrate (20mg tableta oral) (revatio genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tadalafil (hipertensión arterial pulmonar, pah) (20mg tableta oral) (adcirca genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
TRACLEER (TABLETA ORAL SOLUBLE)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
UPTRAVI (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
UPTRAVI TITRATION (TABLETA ORAL, PAQUETE DE TRATAMIENTO)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
VENTAVIS (SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
Agentes para la fibrosis pulmonar		
OFEV (CÁPSULA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>pirfenidone (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>pirfenidone (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
Agentes del tracto respiratorio, otros		
<i>12 hour nasal decongestant (solución nasal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>12 hour nasal decongestant (tableta oral de liberación prolongada 12 horas) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>acetylcysteine (solución para inhalación)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
ADVAIR HFA (AEROSOL PARA INHALACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>alahist cf (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>alahist dm (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>allergy multi-symptom (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>all-nite cold & flu nighttime (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
ANORO ELLIPTA (POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>benzonatate (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
BEVESPI AEROSPHERE (AEROSOL PARA INHALACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
BREO ELLIPTA (POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
BREZTRI AEROSPHERE (AEROSOL PARA INHALACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BRONCHITOL (CÁPSULA PARA INHALACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>chest congestion relief (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>chest congestion relief (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>chest congestion relief dm (jarabe oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>chest congestion relief dm (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>chest congestion relief pe (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>chlo tuss (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cold & cough childrens (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cold & flu nightttime relief (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cold & flu relief daytime (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cold & flu relief nightttime (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cold/flu daytime relief (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
COMBIVENT RESPIMAT (SOLUCIÓN EN AEROSOL PARA INHALACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>cough & cold hbp (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cough dm (suspensión oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>cough dm childrens (suspensión oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>daytime cold & flu relief (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>deconex dmx (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>deconex ir (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>deep sea nasal spray (solución nasal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>dextromethorphan hydrobromide (cápsula oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>dextromethorphan polistirex er (suspensión oral de liberación prolongada) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>dimaphen dm cold/cough (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>doxylamine-phenylephrine (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>duraflu (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ed a-hist (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ed a-hist dm (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ed bron gp (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ed-a-hist dm (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>endacof-dm (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
FASENRA (30MG/ML JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA
FASENRA PEN (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>flu hbp (tableta oral)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>fluticasone-salmeterol (100-50mcg/aplicación polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración, 250-50mcg/aplicación polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración, 500-50mcg/aplicación polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración) (advair genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
FLUTICASONE-SALMETEROL (113-14MCG/ APLICACIÓN POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN, 232-14MCG/APLICACIÓN POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN, 55-14MCG/APLICACIÓN POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN) (EQUIVALENTE A LA MARCA AIRDUO RESPICLICK)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>guaifenesin-codeine (solución oral)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>head congestion/mucus (tableta oral)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>histex-dm (jarabe oral)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide (solución oral)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide (tableta oral)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>hydrocodone polistirex-chlorpheniramine polistirex er (suspensión oral de liberación prolongada)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>hydromet (solución oral)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>ipratropium-albuterol (solución para inhalación)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	B/D, PA
<i>lohist-dm (jarabe oral)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>mapap cold formula multi-symptom (tableta oral)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>m-end dmx (líquido oral)</i> *	\$0 (Nivel 3)	
<i>mucus & chest congestion (líquido oral)</i> *	\$0 (Nivel 3)	

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mucus relief (tableta oral de liberación prolongada 12 horas) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mucus relief childrens (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mucus relief d (tableta oral de liberación prolongada 12 horas) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mucus relief dm (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mucus relief dm (tableta oral de liberación prolongada 12 horas) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mucus relief dm cough (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mucus relief dm max (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mucus relief dm max (tableta oral de liberación prolongada 12 horas) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mucus relief er (tableta oral de liberación prolongada 12 horas) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mucus relief max strength (tableta oral de liberación prolongada 12 horas) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>mucus relief pe sinus (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>multi symptom flu/severe cold (paquete oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nasal decongestant (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nasal decongestant pe (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nasal decongestant spray (solución nasal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nasal relief (solución nasal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nasal spray no drip (solución nasal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nighttime cold/flu relief (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nighttime cough (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ninjacof (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nohist-dm (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
NUCALA (AUTOINYECTABLE CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
NUCALA (JERINGA PRECARGADA CON SOLUCIÓN PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
NUCALA (SOLUCIÓN RECONSTITUIDA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>phenylephrine hcl (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>phenylephrine-dextromethorphan-guaifenesin (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>phenylephrine-dextromethorphan-guaifenesin (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>poly hist forte (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>poly-hist dm (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>polytussin dm (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>poly-vent dm (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>poly-vent ir (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>promethazine vc (jarabe oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>promethazine-codeine (solución oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>promethazine-dm (jarabe oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pseudoephedrine hcl (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pseudoephedrine hcl er (tableta oral de liberación prolongada 12 horas) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pseudoephedrine-brompheniramine-dextromethorphan (jarabe oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pseudoephedrine-dexchlorpheniramine-chlophedianol (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pseudoephedrine-guaifenesin er (tableta oral de liberación prolongada 12 horas) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>robafen cf multi-symptom cold (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>robafen mucus/chest congestion (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>rynex dm (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>severe cold & flu (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>severe cold/cough (paquete oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sinus + headache (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sinus congestion/pain (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sinus pressure + pain (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sinus relief congestion-pain (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sinus relief extra strength (solución nasal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm nasal spray 12 hour (solución nasal) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sm tussin cough/chest congestion (jarabe oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
STIOLTO RESPIMAT (SOLUCIÓN EN AEROSOL PARA INHALACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL

* Medicamentos sin receta. Estos medicamentos requieren una receta de su proveedor para estar cubiertos por el plan.

Encontrará el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla en las páginas 13 - 14.

Nombre del Medicamento	Cuánto le costará el medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sudogest (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sudogest 12 hour (tableta oral de liberación prolongada 12 horas) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sudogest maximum strength (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
SYMBICORT (AEROSOL PARA INHALACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
TRELEGY ELLIPTA (POLVO EN AEROSOL PARA INHALACIÓN ACTIVADO POR LA RESPIRACIÓN)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>tussin cf severe multi-symptom (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>tussin dm (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>tussin dm max adult (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>tussin mucus+chest congestion (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>tussin multi-symptom cold cf (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vanacof (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vanacof dm (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vanacof dmx (líquido oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vanatab dm (tableta oral) *</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>wixela inhub (polvo en aerosol para inhalación activado por la respiración) (advair genérico)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
Relajantes de músculos esqueléticos		
Relajantes de músculos esqueléticos		
<i>chlorzoxazone (500mg tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
<i>cyclobenzaprine hcl (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	
Agentes para trastornos del sueño		
Inductores del sueño		
BELSOMRA (TABLETA ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	QL
<i>ramelteon (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>tasimelteon (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
<i>temazepam (15mg cápsula oral, 30mg cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>zaleplon (cápsula oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
<i>zolpidem tartrate (tableta oral de liberación inmediata)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	QL
Promotores del estado de vigilia		
<i>armodafinil (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
LUMRYZ (PAQUETE ORAL)	\$0-\$11.20 (Nivel 2)	PA; QL
<i>modafinil (tableta oral)</i>	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL
SODIUM OXYBATE (SOLUCIÓN ORAL)	\$0-\$4.50 (Nivel 1)	PA; QL

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

#			
	12 Hour Nasal Decongestant	132	
	12HR Allergy & Congestion	126	
	12HR Allergy Relief.....	126	
	24HR Allergy Relief.....	126	
	600+D3.....	72	
A			
	A Thru Z Advanced.....	82	
	A Thru Z Select.....	82	
	A Thru Z Select 50+ Advanced	82	
	A Thru Z Select Advanced....	82	
	A Thru Z Select Ultimate Women.....	82	
	A Thru Z Ultimate Mens.....	82	
	A&D.....	69	
	A-10000.....	82	
	Abacavir Sulfate.....	49	
	Abacavir Sulfate-Lamivudine	49	
	Abaneu-SL.....	82	
	Abelcet.....	33	
	Abilify Maintena.....	45	
	Abiraterone Acetate.....	37	
	Abrysvo.....	116	
	Acamprosate Calcium.....	19	
	Acarbose.....	52	
	ACCRUFER.....	57	
	Accutane.....	66	
	Acetaminophen.....	15	
	Acetaminophen-Caffeine- Dihydrocodeine.....	17	
	Acetaminophen-Codeine.....	18	
	Acetazolamide.....	60	
	Acetazolamide ER.....	60	
	Acetic Acid.....	126	
	Acetylcysteine.....	132	
	Acid Gone.....	97	
	Acid Reducer.....	99, 100	
	Acid Reducer Complete.....	99	
	Acid Reducer Maximum Strength.....	99	
	Acitretin.....	66	
	Acne Medication 10.....	71	
	Acne Medication 5.....	71	
	Actemra.....	112	
	Actemra ACTPen.....	112	
	ActHIB.....	116	
	Actimmune.....	113	
	Acyclovir.....	48	
	Acyclovir Sodium.....	48	
	Adacel.....	116	
	Adapalene.....	66	
	Adempas.....	131	
	Adult Aspirin Regimen.....	15	
	Advair HFA.....	132	
	Advantage Care Electrolyte Pediatric.....	72	
	Aimovig.....	36	
	Akeega.....	38	
	Ala-Cort.....	67	
	Ala-Hist IR.....	126	
	Alahist CF.....	132	
	Alahist DM.....	132	
	Alahist PE.....	126	
	Albendazole.....	43	
	Albuterol Sulfate.....	130	
	Albuterol Sulfate HFA.....	130	
	Alclometasone Dipropionate	67	
	Alcohol Prep Pads.....	121	
	Alecensa.....	39	
	Alendronate Sodium.....	120	
	Alfuzosin HCl ER.....	102	
	Aliskiren Fumarate.....	60	
	All Day Allergy.....	126	
	All Day Allergy Childrens....	126	
	All Day Pain Relief.....	15	
	All Day Relief.....	15	
	All-Nite Cold & Flu Nighttime	132	
	Aller-Chlor.....	127	
	Allergy.....	127	
	Allergy Childrens.....	127	
	Allergy Multi-Symptom.....	132	
	Allergy Relief.....	127, 129	
	Allergy Relief Child.....	127	
	Allergy Relief Childrens.....	127	
	Allergy Relief D.....	127	
	Allergy Relief D-12.....	127	
	Allergy Relief D-24.....	127	
	Allergy Relief/Indoor/Outdoor	127	
	Allopurinol.....	35	
	Almacone Double Strength..	97	
	Alosetron HCl.....	97	
	Alphagan P.....	125	
	Alprazolam.....	51	

Altavera.....	104	Ampicillin.....	24	Aranesp.....	56
Aluminum Hydroxide Gel.....	97	Ampicillin Sodium.....	24	Arcalyst.....	112
Alunbrig.....	39	Ampicillin-Sulbactam Sodium	24	Arexvy.....	116
Alyacen 1/35.....	104	Anagrelide HCl.....	56	Arformoterol Tartrate.....	130
Alyq.....	131	Anastrozole.....	39	Aripiprazole.....	45
Amantadine HCl.....	44	Anoro Ellipta.....	132	Aripiprazole ODT.....	45
Ambrisentan.....	131	Antacid.....	98	Aristada.....	45
Amethia.....	104	Antacid Calcium.....	98	Aristada Initio.....	45
Amikacin Sulfate.....	21	Antacid Extra Strength.....	98	Armodafinil.....	137
Amiloride HCl.....	61	Antacid Maximum Strength..	98	Arnuity Ellipta.....	129
Amiloride-Hydrochlorothiazide	60	Antacid Regular Strength.....	98	Arthritis Pain Reliever.....	15
Amiodarone HCl.....	58	Antacid Ultra Strength.....	98	Artificial Tears.....	122
Amitriptyline HCl.....	32	Antacid/Antigas.....	98	Ascorbic Acid.....	83
Amlodipine Besylate.....	59	Anti-Diarrheal.....	97, 98	Asenapine Maleate.....	45
Amlodipine-Atorvastatin.....	60	Antifungal.....	33	Ashlyna.....	104
Amlodipine-Benazepril.....	60	Antifungal Clotrimazole.....	33	Aspirin.....	15
Amlodipine-Olmesartan.....	60	Antihistamine & Nasal Decongestant.....	127	Aspirin Low Dose.....	15
Amlodipine-Valsartan.....	60	Anzemet.....	33	Aspirin-Dipyridamole ER.....	57
Amlodipine-Valsartan-HCTZ.	60	Apetex.....	82	Atazanavir Sulfate.....	50
Ammonium Lactate.....	67	Apetigen.....	83	Atenolol.....	58
Amnesteem.....	66	Apetigen-Plus.....	83	Atenolol-Chlorthalidone.....	60
Amoxapine.....	32	Apraclonidine HCl.....	125	Athletes Foot.....	33
Amoxicillin.....	23, 24	Aprepitant.....	33	Athletes Foot Powder Spray.	33
Amoxicillin-Potassium Clavulanate.....	24	Apriso.....	104	Atomoxetine HCl.....	64
Amoxicillin-Potassium Clavulanate ER.....	24	Aptiom.....	29	Atorvastatin Calcium.....	62
Amphetamine- Dextroamphetamine.....	64	Aptivus.....	50	Atovaquone.....	43
Amphetamine- Dextroamphetamine ER.....	64	Aqueous Vitamin D.....	83	Atovaquone-Proguanil HCl...	43
Amphotericin B.....	33	Aqueous Vitamin E.....	83	Atropine Sulfate.....	122
Amphotericin B Liposome....	33	Aralast NP.....	101	Atrovent HFA.....	129
		Aranelle.....	104	Aubra EQ.....	104
				Augtyro.....	39
				Austedo.....	64
				Auvelity.....	30

Aviane.....	104	Balsalazide Disodium.....	119	Betimol.....	125
Avonex Pen.....	65	Balversa.....	39	Bevespi Aerosphere.....	132
Avonex Prefilled.....	65	Balziva.....	104	Bexarotene.....	43
Ayvakit.....	39	Banophen.....	127	Bexsero.....	116
Azathioprine.....	113	Baqsimi One Pack.....	53	Bicalutamide.....	37
Azelaic Acid.....	66	Baraclude.....	48	Bicillin C-R.....	24
Azelastine HCl.....	123, 127	BCG Vaccine.....	116	Bicillin C-R 900/300.....	24
Azithromycin.....	25	Belsomra.....	137	Bicillin L-A.....	24
Aztreonam.....	21	Benazepril HCl.....	57	Biktarvy.....	48
B					
B Complex.....	83	Benazepril-Hydrochlorothiazide	60	Biocal.....	83
B Complex Formula 1.....	83	Benlysta.....	112	Biopetit.....	83
B Complex Vitamins.....	83	Benznidazole.....	43	Biotin.....	83
B Complex-C.....	83	Benzonatate.....	132	Biotin Maximum Strength.....	83
B Complex-Folic Acid.....	83	Benzoyl Peroxide.....	71	Bisacodyl.....	96
B-1.....	83	Benzoyl Peroxide Wash.....	71	Bisacodyl EC.....	96
B-12.....	83	Benzoyl Peroxide-Erythromycin	67	Bismatrol.....	98
B-12 Dots.....	83	Benzotropine Mesylate.....	44	Bismuth Subsalicylate.....	98
B-12 TR.....	83	Bepotastine Besilate.....	124	Bisoprolol Fumarate.....	58
B-2.....	83	Bepreve.....	124	Bisoprolol-Hydrochlorothiazide	60
B-6.....	83	Berinert.....	111	BIVIGAM.....	111
B-Complex.....	83	Besremi.....	113	Blisovi 24 Fe.....	104
B-Complex-C.....	83	Beta Carotene.....	83	Blisovi Fe 1.5/30.....	104
B-Complex/B-12.....	83	Beta Carotene Provitamin A.....	83	Blue Gel.....	69
B6 Natural.....	83	Betaine.....	101	Boostrix.....	117
Bacitracin.....	21, 124	Betamethasone Dipropionate	67	Bosentan.....	131
Bacitracin Zinc.....	21	Betamethasone Dipropionate Aug.....	67	Bosulif.....	39
Bacitracin Zinc-Aloe.....	21	Betamethasone Valerate.....	68	BProtected Multi-Vite.....	83
Bacitracin-Polymyxin B.....	124	Betaseron.....	65	BProtected Pedia D-Vite.....	84
Baclofen.....	47	Betaxolol HCl.....	125	BProtected Pedia Iron.....	72
Bacmin.....	83	Bethanechol Chloride.....	102	BProtected Pedia Tri-Vite.....	84
Balance B-100.....	83			Braftovi.....	39
Balance B-50.....	83			Breo Ellipta.....	132

Breztri Aerosphere.....	132	C Complex.....	84	Calcium 600+D Plus Minerals	72
Briellyn.....	104	C-1000.....	84	.....	72
Brilinta.....	57	C-1000/Rose Hips.....	84	Calcium 600+D3.....	72
Brimonidine Tartrate.....	125	C-250.....	84	Calcium 600+D3 Plus Minerals	73
Brimonidine Tartrate-Timolol	122	C-500.....	84	.....	73
BRIVIACT.....	27	C-500/Rose Hips.....	84	Calcium 600/Vitamin D.....	72
Bromocriptine Mesylate.....	44	C-Chewable.....	84	Calcium 600/Vitamin D3.....	72
Bronchitol.....	133	Cabergoline.....	109	Calcium Acetate.....	82
Brukinsa.....	39	Cablivi.....	57	Calcium Antacid.....	98
Budesonide.....	120, 129	Cabometyx.....	39	Calcium Antacid Extra	98
Budesonide ER.....	120	Caffeine.....	64	Strength.....	98
Bumetanide.....	61	Cal-Gest Antacid.....	98	Calcium Carbonate.....	73
Buprenorphine.....	17	Cal-Mag-Zinc-D.....	73	Calcium Carbonate Antacid.....	73, 98
Buprenorphine HCl.....	20	Calamine Clear.....	69	Calcium Carbonate-	
Buprenorphine HCl-Naloxone	20	Calamine Plus.....	69	Cholecalciferol.....	73
HCl.....	20	Calcidol.....	84	Calcium Carbonate-Vitamin D	73
Bupropion HCl.....	31	Calcipotriene.....	69	.....	73
Bupropion HCl SR.....	20, 31	Calcitonin Salmon.....	120	Calcium Citrate.....	73
Bupropion HCl XL.....	31	Calcitriol.....	69, 120	Calcium Citrate + D.....	73
Buspiron HCl.....	51	Calcium + Vitamin D3.....	72	Calcium Citrate + D3.....	73
Butalbital-Acetaminophen.....	18	Calcium 500 + D3.....	72	Calcium Citrate + D3 Maximum	73
Butalbital-Acetaminophen-		Calcium 500+D.....	72	.....	73
Caffeine.....	18	Calcium 500+D High Potency	72	Calcium Citrate Malate-Vitamin	
Butalbital-Aspirin-Caffeine.....	18	.....	72	D.....	73
Butorphanol Tartrate.....	18	Calcium 500+D3.....	72	Calcium Citrate Plus/	
Bydureon BCise.....	52	Calcium 500/D.....	72	Magnesium.....	73
Byetta 10MCG Pen.....	52	Calcium 600.....	72	Calcium Citrate+D3.....	73
Byetta 5MCG Pen.....	52	Calcium 600 + D.....	72	Calcium Citrate-Vitamin D.....	73
		Calcium 600 + D High Potency	72	Calcium Citrate-Vitamin D3... 73	
C		.....	72	Calcium For Women.....	73
C 1000.....	84	Calcium 600 High Potency... 72		Calcium High Potency.....	73
C 1000-Bioflavonoids-Rose		Calcium 600+D.....	72	Calcium High Potency/Vitamin	
Hips.....	84	Calcium 600+D High Potency	72	D.....	73
C 500.....	84	.....	72	Calcium Oyster Shell.....	73

Calcium Plus Vitamin D.....	73	Cayston.....	130	CertaVite Senior/Antioxidant	85
Calcium Plus Vitamin D3.....	73	Cefaclor.....	22	CertaVite/Antioxidants.....	85
Calcium+D3.....	73	Cefadroxil.....	22	Cetirizine HCl.....	127
Calcium-Magnesium.....	73	Cefazolin Sodium.....	22	Cetirizine HCl Allergy Child.	127
Calcium-Magnesium-Zinc.....	73	Cefdinir.....	23	Cetirizine HCl Childrens Allergy	
Calcium-Vitamin D3.....	73	Cefepime HCl.....	23	.....	127
Calcium/C/D.....	73	Cefixime.....	23	Cetirizine-Pseudoephedrine ER	
Caldyphen Clear.....	69	Cefotetan Disodium.....	23	.....	127
Calquence.....	39	Cefoxitin Sodium.....	23	Chemet.....	82
Caltrate 600+D Plus Minerals		Cefpodoxime Proxetil.....	23	Chenodal.....	98
.....	73	Cefprozil.....	23	Chest Congestion Relief.....	133
Caltrate 600+D3.....	73	Ceftazidime.....	23	Chest Congestion Relief DM	
Caltrate 600+D3 Soft.....	73	Ceftriaxone Sodium.....	23	.....	133
Camila.....	108	Cefuroxime Axetil.....	23	Chest Congestion Relief PE	
Camrese Lo.....	104	Cefuroxime Sodium.....	23	.....	133
Candesartan Cilexetil.....	57	Celecoxib.....	15	Chest Rub.....	121
Candesartan Cilexetil-HCTZ.	60	Centratex.....	73	Chewable Calcium.....	73
Caplyta.....	45	Centravites 50 Plus.....	84	Childrens Chewable Vitamins	
Caprelsa.....	39	Centrum.....	84	.....	85
Capsaicin.....	69	Centrum Adults.....	84	Childrens Ibuprofen.....	15
Captopril.....	58	Centrum Men.....	84	Childrens Loratadine.....	127
Carbamazepine.....	29	Centrum Silver.....	84	Chlo Tuss.....	133
Carbamazepine ER.....	29	Centrum Silver 50+Women...	84	Chlordiazepoxide HCl.....	51
Carbidopa.....	44	Centrum Silver Adult 50+.....	84	Chlorhexidine Gluconate.....	66
Carbidopa-Levodopa.....	44	Centrum Silver Ultra Womens		Chloroquine Phosphate.....	43
Carbidopa-Levodopa ER.....	44	.....	84	Chlorpromazine HCl.....	45
Carbidopa-Levodopa ODT....	44	Centrum Specialist Heart.....	84	Chlorthalidone.....	61
Carbidopa-Levodopa-		Centrum Ultra Womens.....	84	Chlorzoxazone.....	137
Entacapone.....	44	Centrum Women.....	84	Cholbam.....	101
Carglumic Acid.....	73	Cephalexin.....	23	Cholestyramine.....	62
Carteolol HCl.....	125	Cerefolin.....	84	Cholestyramine Light.....	62
Cartia XT.....	59	Cerovite Senior.....	84	Ciclopirox.....	71
Carvedilol.....	59	CertaVite Senior.....	85	Ciclopirox Olamine.....	71
				Cilostazol.....	57

Cimduo.....	49	Clopidogrel Bisulfate.....	57	Complete Allergy Medicine	127
Cimetidine.....	99	Clorazepate Dipotassium.....	51	Complex B-100-Inositol.....	85
Cimzia.....	113	Clotrimazole.....	34, 71	Compro.....	32
Cinacalcet HCl.....	120	Clotrimazole Anti-Fungal.....	34	Constulose.....	96
Cinryze.....	111	Clotrimazole-Betamethasone		Copiktra.....	39
Ciprofloxacin HCl.....	26, 124	.....	69	Coral Calcium.....	74
Ciprofloxacin in D5W.....	26	Clozapine.....	47	Corlanor.....	60
Citalopram Hydrobromide....	31	Clozapine ODT.....	47	Corn & Callus Remover.....	70
Citracal Maximum.....	74	Coartem.....	43	Corvita.....	85
Claravis.....	67	Coats Aloe.....	69	Corvite 150.....	74
Clarithromycin.....	25	Codeine Sulfate.....	18	Corvite Fe.....	74
Clarithromycin ER.....	25	Colchicine.....	35	Cosentyx.....	112
ClearLax.....	96	Colchicine-Probenecid.....	35	Cosentyx Sensoready.....	112
Clenpiq.....	98	Cold & Allergy Childrens.....	127	Cosentyx UnoReady.....	112
Climara Pro.....	104	Cold & Cough Childrens.....	133	Cotellic.....	39
Clindacin ETZ.....	71	Cold & Flu Nighttime Relief	133	Cough & Cold HBP.....	133
Clindamycin HCl.....	21	Cold & Flu Relief Daytime...	133	Cough DM.....	133
Clindamycin Palmitate HCl...	21	Cold & Flu Relief Nighttime	133	Cough DM Childrens.....	133
Clindamycin Phosphate..	21, 71	Cold/Flu Daytime Relief.....	133	Cozima.....	70
Clindamycin Phosphate in		Coleman Botanicals Insect		Cranberry Urinary Comfort...	85
D5W.....	21	Repellent.....	121	Creon.....	101
Clindamycin Phosphate-		Coleman Insect Repellent		Crinone.....	108
Benzoyl Peroxide.....	67	High&Dry.....	121	Cromolyn Sodium.....	101, 124,
Clobazam.....	28	Coleman SkinSmart Insect		131	
Clobetasol Propionate.....	68	Repellent.....	121	Cryselle-28.....	104
Clobetasol Propionate		Colesevelam HCl.....	62	Cutter Backwoods.....	121
Emollient Base.....	68	Colestipol HCl.....	62	Cutter Backwoods Dry.....	121
Clodan.....	68	Colistimethate Sodium.....	21	Cutter Lemon Eucalyptus...	121
Clomipramine HCl.....	32	Combigan.....	122	CVS B Complex Plus C.....	85
Clonazepam.....	51	Combivent Respimat.....	133	CVS B-1.....	85
Clonazepam ODT.....	51	Cometriq.....	39	CVS B-12.....	85
Clonidine.....	57	Companion.....	85	CVS B6.....	85
Clonidine HCl.....	57	Compete.....	85	CVS Beta Carotene.....	85
Clonidine HCl ER.....	64	Complera.....	49		

CVS Biotin High Potency.....	85	Cycloserine.....	36	Deep Sea Nasal Spray.....	133
CVS Calcium.....	74	Cycloset.....	52	Deferasirox.....	82
CVS Calcium + D3.....	74	Cyclosporine.....	114	Deferasirox Granules.....	82
CVS Calcium 600 & Vitamin D3	74	Cyclosporine Modified.....	113	Deferiprone.....	82
CVS Calcium 600 + D/Minerals	74	Cyltezo.....	114	DEKAs Essential.....	86
CVS Calcium 600+D.....	74	Cyltezo-Crohn's Disease/ Ulcerative Colitis/Hidradenitis Suppurativa Starter.....	114	DEKAs Plus.....	86
CVS Chewable C with Rose Hips.....	85	Cyltezo-Psoriasis/Uveitis Starter.....	114	Delstrigo.....	49
CVS Hair/Skin/Nails.....	85	Cyproheptadine HCl.....	127	Demeclocycline HCl.....	27
CVS Iron.....	74	Cyred EQ.....	104	Depo-SubQ Provera 104.....	108
CVS Magnesium.....	74	Cystagon.....	101	Descovy.....	49
CVS Pediatric Electrolyte.....	74	Cystaran.....	122	Desipramine HCl.....	32
CVS Pediatric Electrolyte Freeze Pop.....	74	D		Desmopressin Acetate.....	103
CVS Selenium.....	74	D-Vi-Sol.....	86	Desmopressin Acetate Spray	103
CVS Slow Release Iron.....	74	D-Vite Pediatric.....	86	Desogestrel-Ethinyl Estradiol	104
CVS Spectravite Adult 50+...	85	Daily Multiple Vitamins.....	85	Desonide.....	68
CVS Spectravite Adults.....	85	Daily Value Multivitamin.....	85	Desoximetasone.....	68
CVS Spectravite Advanced...	85	Daily Vite.....	85	Desvenlafaxine Succinate ER	31
CVS Spectravite Men.....	85	Daily Vite Multivitamin/Iron...	86	Dexamethasone.....	103
CVS Spectravite Women.....	85	Daily Vites.....	86	Dexamethasone Sodium Phosphate.....	125
CVS Spectravite Women 50+	85	Dalfampridine ER.....	65	Dexbrompheniramine- Phenylephrine.....	127
CVS Vitamin A.....	85	Danazol.....	103	Dexamethylphenidate HCl.....	64
CVS Vitamin B-2.....	85	Dantrolene Sodium.....	47	Dexamethylphenidate HCl ER	64
CVS Vitamin B12.....	85	Dapsone.....	36	Dextroamphetamine Sulfate.	64
CVS Vitamin C.....	85	Daptacel.....	117	Dextromethorphan Hydrobromide.....	133
CVS Vitamin C-Rose Hips.....	85	Daptomycin.....	21	Dextromethorphan Polistirex ER.....	133
CVS Vitamin E.....	85	Darunavir.....	50	Dextrose.....	74
CVS Zinc Gluconate.....	74	Daurismo.....	39	Dextrose-Sodium Chloride....	74
Cyclobenzaprine HCl.....	137	Daytime Cold & Flu Relief...	133		
Cyclophosphamide.....	37	Deblitane.....	108		
		Deconex DMX.....	133		
		Deconex IR.....	133		

Diacomit.....	28	Dimethyl Fumarate Starter Pack.....	65	Driminate.....	32
Dialyvite.....	86	Dipentum.....	119	Dronabinol.....	33
Dialyvite 3000.....	86	Diphenhydramine HCl 127, 128		Drospirenone-Ethinyl Estradiol	104
Dialyvite 5000.....	86	Diphenoxylate-Atropine.....	97	Droxia.....	37
Dialyvite 800.....	86	Diphtheria-Tetanus Toxoids DT	117	Droxidopa.....	57
Dialyvite 800/Iron.....	86	Disulfiram.....	19	Dry Eye Relief.....	122
Dialyvite Supreme D.....	86	Diuril.....	61	Dry Eye Relief Drops.....	122
Dialyvite/Zinc.....	86	Divalproex Sodium.....	52	Duavee.....	104
Diaper Rash.....	70	Divalproex Sodium ER.....	52	Duloxetine HCl.....	65
Diazepam.....	28, 51	Docosanol.....	48	Dupixent.....	112
Diazepam Intensol.....	51	Docusate Calcium.....	96	Duraflu.....	133
Diazoxide.....	53	Docusate Sodium.....	96	Dutasteride.....	102
Dibucaine.....	19	DocuSol Kids.....	96	E	
Diclofenac Epolamine.....	15	DocuSol Plus Mini-Enema.....	96	E-400.....	86
Diclofenac Potassium.....	16	Dofetilide.....	58	E-Oil.....	86
Diclofenac Sodium..	16, 70, 125	Dolishale.....	104	E400.....	86
Diclofenac Sodium ER.....	16	Donepezil HCl.....	30	Ear Drops.....	126
Dicloxacillin Sodium.....	24	Donepezil HCl ODT.....	30	Earwax Removal.....	126
Dicyclomine HCl.....	97	Doptelet.....	57	EC-Naproxen.....	16
Dificid.....	25	Dorzolamide HCl.....	125	Econazole Nitrate.....	71
Diffunisal.....	16	Dorzolamide HCl-Timolol Maleate.....	122	EContra EZ.....	108
Digoxin.....	60	Dorzolamide HCl-Timolol Maleate Preservative Free	122	Ed A-Hist.....	128, 133
Dihydroergotamine Mesylate	35	Dovato.....	48	Ed A-Hist DM.....	133
Dilantin.....	29	Doxazosin Mesylate.....	57	ED Bron GP.....	133
Dilantin INFATABS.....	29	Doxepin HCl.....	32, 68	Ed Chlorped Jr.....	128
Dilt-XR.....	60	Doxercalciferol.....	120	Ed-A-Hist DM.....	133
Diltiazem HCl.....	59	Doxy 100.....	27	Ed-APAP.....	15
Diltiazem HCl ER.....	59	Doxycycline Hyclate.....	27	Edurant.....	49
Diltiazem HCl ER Beads.....	59	Doxycycline Monohydrate....	27	Efavirenz.....	49
Diltiazem HCl ER Coated Beads.....	59	Doxylamine-Phenylephrine.	133	Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir.....	49
Dimaphen DM Cold/Cough	133			Efavirenz-Lamivudine-Tenofovir	49
Dimethyl Fumarate.....	65				

Effervescent Antacid/Pain Relief.....	16	Enpresse-28.....	105	EQL Vitamin C.....	86
Elestrin.....	104	Enskyce.....	105	EQL Vitamin C/Rose Hips.....	87
Elfolate Plus.....	86	Entacapone.....	44	EQL Vitamin E.....	87
Eligard.....	109	Entecavir.....	48	Ergocalciferol.....	87
Eliquis.....	55	Entresto.....	61	Ergotamine-Caffeine.....	35
Eliquis Starter Pack.....	55	Enulose.....	96	Erivedge.....	39
Elmiron.....	102	Envarsus XR.....	114	Erleada.....	37
EluRyng.....	105	Epclusa.....	48	Erlotinib HCl.....	39
Emgality.....	36	Epidiolex.....	27	Errin.....	108
Emsam.....	31	Epinastine HCl.....	124	Ertapenem Sodium.....	25
Emtricitabine.....	49	Epinephrine.....	130	Ery.....	71
Emtricitabine-Tenofovir Disoproxil Fumarate.....	49	Epitol.....	29	Erythrocin Lactobionate.....	26
Emtriva.....	49	Eplerenone.....	61	Erythromycin.....	26, 71, 124
Enalapril Maleate.....	58	Eprontia.....	27	Erythromycin Base.....	26
Enalapril-Hydrochlorothiazide.....	61	EQ Calcium 500+D.....	75	Erythromycin Ethylsuccinate.....	26
Enbrel.....	114	EQ Calcium 600+D.....	75	Escitalopram Oxalate.....	31
Enbrel Mini.....	114	EQ Calcium Citrate+D.....	75	Esomeprazole Magnesium.....	100
Enbrel SureClick.....	114	EQ Complete Multivitamin Adult 50+.....	86	Essentia.....	87
EndaCof-DM.....	133	EQ Complete Multivitamin-Adult.....	86	Estarylla.....	105
Endari.....	74	EQ One Daily Womens Health.....	86	Estradiol.....	105
Endocet.....	18	EQ Slow-Release Iron.....	75	Estradiol Valerate.....	105
Endur-Acin.....	86	EQL B Complex 50.....	86	Estring.....	105
Endur-C.....	86	EQL B-6.....	86	Ethambutol HCl.....	36
Enema.....	96	EQL Calcium Citrate/Vitamin D.....	75	Ethosuximide.....	28
Enemeez Mini.....	96	EQL Calcium Citrate/Vitamin D3.....	75	Ethinodiol Diacetate-Ethinyl Estradiol.....	105
Enemeez Plus.....	96	EQL Calcium Citrate/Vitamin D3.....	75	Etodolac.....	16
Enfamil Enfalyte.....	75	EQL Calcium/Vitamin D.....	75	Etonogestrel-Ethinyl Estradiol.....	105
Engerix-B.....	117	EQL Calcium/Vitamin D3.....	75	Etravirine.....	49
EnilloRing.....	105	EQL One Daily Womens.....	86	Euthyrox.....	109
EnLyte.....	75	EQL Vitamin B-12.....	86	Everolimus.....	39, 114
Enoxaparin Sodium.....	56			Evotaz.....	50

Exemestane.....	39	Feosol Bifera.....	75	Flintstones/My First.....	87
Exkivity.....	39	Fer-In-Sol.....	75	Floriva.....	76, 87
Eye Allergy Itch Relief.....	124	Ferate.....	75	Floriva Plus.....	87
Eye Allergy Itch/Redness Relief.....	124	FeRiva 21/7.....	75	Flu HBP.....	134
Eye Drops.....	124	FeRivaFA.....	75	Fluconazole.....	34
Eye Drops Advanced Relief	124	FeroSul.....	75	Fluconazole in Sodium Chloride.....	34
Eye Itch Relief.....	125	Ferralet 90.....	75	Flucytosine.....	34
Ezetimibe.....	62	Ferretts.....	75	Fludrocortisone Acetate.....	103
Ezetimibe-Simvastatin.....	62	Ferretts IPS.....	75	Flunisolide.....	129
EZFE 200.....	75	Ferrex 150.....	75	Fluocinolone Acetonide	68, 126
F					
FaBB.....	87	Ferric x-150.....	75	Fluocinonide.....	68
Falmina.....	105	Ferrimin 150.....	75	Fluocinonide Emulsified Base.....	68
Famciclovir.....	48	Ferrous Fumarate.....	75	Fluorometholone.....	125
Famotidine.....	99	Ferrous Gluconate.....	75	Fluorouracil.....	70
Famotidine Maximum Strength.....	99	Ferrous Sulfate.....	75	Fluoxetine HCl.....	31
Famotidine Original Strength	99	Ferrous Sulfate ER.....	75	Fluphenazine Decanoate.....	45
Fanapt.....	46	Fetzima.....	31	Fluphenazine HCl.....	45
Fanapt Titration Pack.....	46	Fetzima Titration.....	31	Flurbiprofen.....	16
Farxiga.....	52	Fexofenadine HCl.....	128	Flurbiprofen Sodium.....	125
Fasenra.....	133	Fexofenadine-Pseudoephedrine ER.....	128	Fluticasone Propionate.	68, 129
Fasenra Pen.....	133	Fiber.....	96	Fluticasone-Salmeterol.....	134
FE C Tab.....	75	Fiber-Lax.....	96	Fluvastatin Sodium.....	62
Fe-Vite Iron.....	75	Finacea.....	67	Fluvastatin Sodium ER.....	62
Febuxostat.....	35	Finasteride.....	102	Fluvoxamine Maleate.....	31
Felbamate.....	27	Fingolimod HCl.....	65	Folbee.....	87
Felodipine ER.....	59	Fintepla.....	27	Folbee Plus.....	87
Fenofibrate.....	62	Finzala.....	105	Folbee Plus CZ.....	87
Fenofibrate Micronized.....	62	Firmagon.....	110	Folbic.....	87
Fentanyl.....	17	Flac.....	126	Folic Acid.....	87
Fentanyl Citrate.....	18	Flecainide Acetate.....	58	FoliTab 500.....	76
Feosol.....	75	Fleet Pediatric.....	97	Folplex 2.2.....	87
		Flintstones Complete.....	87		

Foltabs 800.....	87	Gas Relief Ultra Strength.....	98	GNP Calcium 500 +D3.....	76
Foltanx.....	87	Gauze.....	121	GNP Calcium 600 +D3.....	76
Foltrate.....	87	GaviLAX.....	97	GNP Calcium Citrate +D3.....	76
Fondaparinux Sodium.....	56	GaviLyte-C.....	98	GNP Childrens Chewables/ Extra C.....	87
Formoterol Fumarate.....	130	GaviLyte-G.....	98	GNP Essential One Daily.....	87
Forteo.....	120	Gavreto.....	40	GNP Ibuprofen.....	16
Fosamprenavir Calcium.....	50	Gefitinib.....	40	GNP Iron.....	76
Fosfree.....	87	Gemfibrozil.....	62	GNP Lice Treatment.....	70
Fosinopril Sodium.....	58	Gemtesa.....	102	GNP Little Ones Childrens....	87
Fosinopril Sodium-HCTZ.....	61	Generlac.....	97	GNP Loratadine.....	128
Fotivda.....	37	Gengraf.....	114	GNP Mega Multi for Men.....	87
Fruit C 500.....	87	Genotropin.....	103	GNP Mega Multi for Women.	87
Fruity C.....	87	Genotropin MiniQuick.....	103	GNP Omeprazole.....	100
Fruzaqla.....	40	Gentamicin Sulfate. 21, 71, 124		GNP One Daily Mens Health 50+.....	87
Full Spectrum B/Vitamin C... 87		Gentamicin Sulfate-0.9% Sodium Chloride.....	21	GNP One Daily Womens 50+87	
Fungoid Tincture.....	34	Genvoya.....	48	GNP Vitamin A.....	87
Furosemide.....	61	Gilotrif.....	40	GNP Vitamin B-1.....	87
Fusion.....	76	Glatiramer Acetate.....	65	GNP Vitamin B-12.....	88
Fusion Plus.....	87	Glatopa.....	65	GNP Vitamin B-6.....	88
Fuzeon.....	50	Gleostine.....	37	GNP Vitamin C.....	88
Fyavolv.....	105	Glimepiride.....	52	GNP Vitamin C Drops.....	88
Fycompa.....	27	Glipizide.....	52	GNP Vitamin C w/Rose Hips 88	
G					
Gabapentin.....	28, 29	Glipizide ER.....	52	GNP Vitamin C/Rose Hips....	88
Gammagard.....	111	Glipizide-Metformin HCl.....	52	GNP Vitamin E.....	88
Gammagard S/D Less IgA..	111	GlucaGen HypoKit.....	53	GoodSense ClearLax.....	97
Gammaked.....	111	Glucagon.....	53	GoodSense Ibuprofen.....	16
Gammaplex.....	111	Glycopyrrolate.....	97	GoodSense Ibuprofen Childrens.....	16
Gamunex-C.....	111	Glyxambi.....	53	GoodSense Ibuprofen Infants	16
Gardasil 9.....	117	GNP All Day Allergy.....	128	GoodSense Nicotine.....	20
Gas Relief.....	98	GNP B-12.....	87	Granisetron HCl.....	33
Gas Relief Extra Strength.....	98	GNP Biotin.....	87		
Gas Relief Infants.....	98	GNP Calcium.....	76		

Griseofulvin Microsize.....	34	High Potency MultiVitamin/ Folic Acid.....	88	Hydrochlorothiazide.....	62
Griseofulvin Ultramicrosize...	34	Histex.....	128	Hydrocodone Bitartrate- Homatropine Methylbromide	134
Guaifenesin-Codeine.....	134	Histex PD.....	128	Hydrocodone Polistirex- Chlorpheniramine Polistirex ER.....	134
Guanfacine HCl.....	57	Histex-DM.....	134	Hydrocodone-Acetaminophen	18
Guanfacine HCl ER.....	64	HM Biotin.....	88	Hydrocodone-Ibuprofen.....	18
Gummi Bear Multivitamin/ Mineral.....	88	HM E Vitamin.....	88	Hydrocortisone.....	69, 103, 120
Gvoke HypoPen 2-Pack.....	53	HM Vitamin B-12.....	88	Hydrocortisone Butyrate.....	68
Gvoke Kit.....	53	HM Vitamin C.....	88	Hydrocortisone Valerate.....	69
Gvoke PFS.....	54	Humalog.....	54	Hydrocortisone-Acetic Acid	126
H					
H-E-B Oral Electrolyte.....	76	Humalog Junior KwikPen.....	54	Hydromet.....	134
Haegarda.....	111	Humalog KwikPen.....	54	Hydromorphone HCl.....	18
Hailey 24 Fe.....	105	Humalog Mix 50/50 KwikPen	54	Hydromorphone HCl Preservative Free.....	18
Halobetasol Propionate.....	68	Humalog Mix 75/25.....	54	Hydroxychloroquine Sulfate.	43
Haloette.....	105	Humalog Mix 75/25 KwikPen	54	Hydroxyurea.....	38
Haloperidol.....	45	Humira.....	115	Hydroxyzine HCl.....	51
Haloperidol Decanoate.....	45	Humira Pediatric Crohns Start	115	Hydroxyzine Pamoate.....	51
Haloperidol Lactate.....	45	Humira Pen Crohn's Disease/ Ulcerative Colitis/Hidradenitis Suppurativa Starter.....	115	I	
Hard Nails.....	88	Humira Pen Psoriasis/Uveitis Starter.....	115	Ibandronate Sodium.....	120
Havrix.....	117	Humira Pen-Pediatric Ulcerative Colitis Start.....	115	Ibrance.....	40
Head Congestion/Mucus....	134	Humulin 70/30.....	54	Ibu.....	16
Healthy Kids Gummies.....	88	Humulin 70/30 KwikPen.....	54	Ibuprofen.....	16
Heartburn Relief Extra Strength	98	Humulin N.....	54	Ibuprofen Childrens.....	16
Heather.....	108	Humulin N KwikPen.....	54	Ibuprofen Junior Strength....	16
Hemocyte Plus.....	76	Humulin R.....	54	Ibuprofen PM.....	16
Hemorrhoidal.....	70	Humulin R U-500.....	54	ICaps Lutein & Zeaxanthin..	101
Heparin Sodium.....	56	Humulin R U-500 KwikPen....	55	ICaps MV.....	88
Hepilisav-B.....	117	Hydralazine HCl.....	63	Icar.....	76
Hiberix.....	117			Icar-C.....	76
High Potency Multivitamin/ Beta-Carotene.....	88				

Icatibant Acetate.....	111	Integra F.....	76	Isosorbide Mononitrate ER... 63
Iclevia.....	105	Integra Plus.....	76	Isotretinoin.....67
Iclusig.....	40	Intelence.....	49	Isturisa..... 109
IDHIFA.....	38	Intralipid.....	76	Itraconazole.....34
Ilevro.....	125	Introvale.....	105	Ivermectin.....43
Imatinib Mesylate.....	40	Invega Hafyera.....	46	Iwilfin.....38
Imbruvica.....	40	Invega Sustenna.....	46	Ixchiq..... 117
Imipenem-Cilastatin.....	25	Invega Trinza.....	46	Ixiaro..... 117
Imipramine HCl.....	32	Iosat.....	121	J
Imipramine Pamoate.....	32	IPOL.....	117	Jakafi.....40
Imiquimod.....	70	Ipratropium Bromide.....	129	Jantoven.....56
Imovax Rabies.....	117	Ipratropium-Albuterol.....	134	Jardiance.....53
Impavido.....	43	Irbesartan.....	57	Jasmiel.....105
Invexxy Maintenance Pack	105	Irbesartan-Hydrochlorothiazide	61	Jaypirca..... 40
Invexxy Starter Pack.....	105	Iron.....	76	Jentaduetto..... 53
Inbrija.....	44	Iron 100/C.....	76	Jentaduetto XR..... 53
Incassia.....	108	Iron 27.....	76	Jinteli..... 105
Increlex.....	103	Iron High-Potency.....	76	Jublia..... 71
Incruse Ellipta.....	129	Iron Infant & Toddler.....	76	Juleber.....105
Indapamide.....	62	Iron Infant/Toddler.....	76	Juluca..... 49
Indomethacin.....	17	Iron Slow Release.....	76	Junel 1.5/30..... 105
Infanrix.....	117	Iron Supplement.....	76	Junel 1/20..... 105
Infants Ibuprofen.....	17	Iron-Vitamin C.....	76	Junel Fe 1.5/30..... 105
Ingrezza.....	64	Irospan 24/6.....	77	Junel Fe 1/20..... 105
Inlyta.....	40	Isentress.....	48, 49	Junel Fe 24..... 105
Inqovi.....	40	Isentress HD.....	48	Jylamvo.....115
Inrebic.....	40	Isibloom.....	105	Jynneos..... 117
Insulin Lispro.....	55	Isolyte-P in D5W.....	77	K
Insulin Lispro Junior KwikPen	55	Isolyte-S pH 7.4.....	77	K-Phos-Neutral..... 77
Insulin Lispro Prot & Lispro...55		Isoniazid.....	36	Kaitlib Fe.....105
Insulin Syringes, Needles....	121	Isosorbide Dinitrate.....	63	Kalydeco.....131
Integra.....	76	Isosorbide Mononitrate.....	63	Kariva..... 105
				KCl in Dextrose-NaCl..... 77

KCI-Lactated Ringers-D5W... 77	L	Lessina..... 106
Kelnor 1/35..... 105	L-Methyl-MC..... 89	Letrozole.....39
Kelnor 1/50..... 105	L-Methylfolate-B6-B12..... 89	Leucovorin Calcium.....43
Kerendia..... 61	Labetalol HCl.....59	Leukeran.....37
Kesimpta.....65	Lacosamide.....29	Leuprolide Acetate..... 110
Ketoconazole..... 34, 71	Lacrisert.....122	Levalbuterol HCl..... 130
Ketoprofen.....17	Lactulose.....97	Levemir.....55
Ketorolac Tromethamine... 125	Lagevrio..... 121	Levemir FlexPen..... 55
Ketotifen Fumarate..... 125	Lamivudine.....48, 49	Levetiracetam.....27
Kinrix..... 117	Lamivudine-Zidovudine..... 49	Levetiracetam ER.....27
Kisqali..... 40	Lamotrigine..... 27	Levobunolol HCl..... 125
Kisqali Femara..... 40	Lansoprazole..... 100	Levocarnitine.....101
Klor-Con.....77	Lantus..... 55	Levocetirizine Dihydrochloride 128
Klor-Con 10..... 77	Lantus SoloStar..... 55	Levofloxacin.....26, 124
Klor-Con 8.....77	Lapatinib Ditosylate..... 40	Levofloxacin in D5W.....26
Klor-Con M10..... 77	LARIN 1.5/30..... 105	Levonest..... 106
Klor-Con M15..... 77	LARIN 1/20..... 106	Levonorgestrel..... 108
Klor-Con M20..... 77	LARIN Fe 1.5/30..... 106	Levonorgestrel-Ethinyl Estradiol..... 106
Kobee..... 88	LARIN Fe 1/20..... 106	Levonorgestrel-Ethinyl Estradiol & Ethinyl Estradiol 106
Korlym..... 103	Lastacaft..... 124	Levonorgestrel-Ethinyl Estradiol 91-Day..... 106
Koselugo..... 40	Latanoprost..... 126	Levora 0.15/30.....106
Kourzeq..... 66	Layolis Fe..... 106	Levothyroxine Sodium..... 109
KP Adults 50+ Daily Formula 88	Leena..... 106	Levoxyl.....109
KP B Complex-C..... 88	Leflunomide..... 115	Lexiva.....50
KP Calcium Citrate+D.....77	Lenalidomide..... 37	Lice Killing..... 71
KP Ferrous Gluconate..... 77	Lenvima 10MG Daily Dose...40	Lice Treatment Creme Rinse71
KP Ferrous Sulfate.....77	Lenvima 12MG Daily Dose...41	Lidocaine..... 19
KP Niacin..... 88	Lenvima 14MG Daily Dose...41	
KP Vitamin B-12..... 88	Lenvima 18MG Daily Dose...41	
KP Vitamin B-6..... 89	Lenvima 20MG Daily Dose...41	
KP Vitamin E.....89	Lenvima 24MG Daily Dose...41	
Krazati..... 38	Lenvima 4MG Daily Dose.....41	
Kurvelo.....105	Lenvima 8MG Daily Dose.....41	

Mekinist.....	41	Metoprolol Succinate ER.....	59	Moexipril HCl.....	58
Mektovi.....	41	Metoprolol Tartrate.....	59	Molindone HCl.....	45
Meloxicam.....	17	Metoprolol- Hydrochlorothiazide.....	61	Mometasone Furoate.....	69
Memantine HCl.....	30	Metronidazole.....	21, 22	Monocal.....	77
Memantine HCl ER.....	30	Metyrosine.....	61	Montelukast Sodium.....	129
Memantine HCl Titration Pak30		Mexiletine HCl.....	58	Morphine Sulfate.....	19
Menactra.....	117	MG Plus Protein.....	89	Morphine Sulfate ER.....	17
Menest.....	106	Mibelas 24 Fe.....	106	Motegrity.....	97
MenQuadfi.....	118	Micafungin Sodium.....	34	Motion Sickness Relief.....	33
Menstrual Pain Relief.....	15	Miconazole 3.....	34	Movantik.....	97
Menveo.....	118	Miconazole 3 Combo- Suppository.....	34	Moxifloxacin HCl.....	26, 124
Mercaptopurine.....	38	Miconazole Nitrate.....	34	Moxifloxacin HCl in NaCl.....	26
Meribin.....	89	Microgestin 1.5/30.....	106	MTX Support.....	89
Meropenem.....	25	Microgestin 1/20.....	106	Mucus & Chest Congestion	134
Mesalamine.....	119, 120	Microgestin 24 Fe.....	106	Mucus Relief.....	135
Mesalamine ER.....	119	Microgestin Fe 1.5/30.....	106	Mucus Relief Childrens.....	135
Mesnex.....	43	Microgestin Fe 1/20.....	106	Mucus Relief D.....	135
Metafolbic.....	89	Midodrine HCl.....	57	Mucus Relief DM.....	135
Metformin HCl.....	53	Mifepristone.....	103	Mucus Relief DM Cough.....	135
Metformin HCl ER.....	53	Miglustat.....	101	Mucus Relief DM Max.....	135
Methadone HCl.....	17	Migraine Relief.....	17	Mucus Relief ER.....	135
Methazolamide.....	126	Mili.....	106	Mucus Relief Max Strength	135
Methenamine Hippurate.....	21	Milk of Magnesia.....	97	Mucus Relief PE Sinus.....	135
Methimazole.....	111	Minocycline HCl.....	27	Multaq.....	58
Methotrexate Sodium.....	115	Minoxidil.....	63	Multi Complete/Iron.....	89
Methoxsalen Rapid.....	70	Mintox Maximum Strength....	99	Multi Symptom Flu/Severe Cold.....	135
Methscopolamine Bromide..	97	Mintox Plus.....	99	Multi Vitamin.....	89
Methsuximide.....	28	Mirtazapine.....	31	Multi-Vitamin.....	89
Methylphenidate HCl.....	64	Mirtazapine ODT.....	31	Multi-Vitamin HP/Minerals....	89
Methylphenidate HCl ER.....	64	Misoprostol.....	100	Multi-Vitamin/Fluoride/Iron...89	
Methylprednisolone.....	103	Modafinil.....	137	Multi-Vitamin/Iron/Fluoride...89	
Metoclopramide HCl.....	33			Multi-Vite.....	89
Metolazone.....	62				

Multiple Electrolytes Type 1 pH 5.5.....	77	Naratriptan HCl.....	35	Nephro-Vite.....	90
Multiple Vitamin/Minerals/No Iron.....	89	Nasal Allergy 24 Hour.....	129	Nephron FA.....	77
Multiple Vitamins.....	89	Nasal Decongestant.....	135	Nerlynx.....	41
Multiple Vitamins-Iron.....	89	Nasal Decongestant PE.....	135	Neuac.....	67
Multiple Vitamins/Iron.....	89	Nasal Decongestant Spray.....	135	Neulasta.....	56
Multivitamin.....	89	Nasal Relief.....	135	Neupro.....	44
Multivitamin & Mineral.....	89	Nasal Spray No Drip.....	135	Neurin-SL.....	90
Multivitamin Adults 50+.....	89	Nascobal.....	90	Nevirapine.....	49
Multivitamin Women 50+.....	89	NasOpen PE.....	128	Nevirapine ER.....	49
Multivitamin/Fluoride.....	89	Natacyn.....	124	New Day.....	109
Mupirocin.....	71	Nateglinide.....	53	Niacin.....	63, 90
Muro 128.....	123	Natrapel 12-Hour Tick/Insect	121	Niacin ER.....	63, 90
MVW Complete Formulation	89	Natural C/Rose Hips.....	90	Niacor.....	63
MVW Complete Formulation D3000.....	89	Natural Vitamin E.....	90	NiaVasc.....	90
MVW Complete Formulation D5000.....	89, 90	Nayzilam.....	29	Nicardipine HCl.....	59
MVW Complete Formulation Minis.....	90	Nebivolol HCl.....	59	Nicotine.....	20
My Way.....	109	Necon 0.5/35.....	106	Nicotine Mini.....	20
Mycophenolate Mofetil.....	115	Nefazodone HCl.....	31	Nicotine Polacrilex.....	20
Mycophenolate Sodium.....	115	Neo-Polycin.....	124	Nicotine Polacrilex Mini.....	20
Mynephron.....	90	Neo-Polycin HC.....	123	Nicotine Step 1.....	20
Myrbetriq.....	102	Neomycin Sulfate.....	21	Nicotine Step 2.....	20
N				Nicotine Step 3.....	20
Nabumetone.....	17	Neomycin-Bacitracin-Polymyxin.....	124	Nicotrol.....	20
Nadolol.....	59	Neomycin-Polymyxin-Bacitracin-Hydrocortisone.....	123	Nifedipine ER.....	59
Nafcillin Sodium.....	24, 25	Neomycin-Polymyxin-Dexamethasone.....	123	Nifedipine ER Osmotic Release.....	59
Naloxone HCl.....	20	Neomycin-Polymyxin-Gramicidin.....	124	Nighttime Cold/Flu Relief... ..	135
Naltrexone HCl.....	19	Neomycin-Polymyxin-HC....	123, 126	Nighttime Cough.....	135
Namzaric.....	30	Nephplex Rx.....	90	Nikki.....	106
Naproxen.....	17	Nephro Vitamins.....	90	Nilutamide.....	37
				Nimodipine.....	59
				Ninjacof.....	135
				Ninlaro.....	38

Nitazoxanide.....	43	Nubeqa.....	37	Olmesartan Medoxomil-HCTZ	61
Nitisinone.....	101	Nucala.....	135	Olmesartan-Amlodipine-HCTZ	61
Nitro-Bid.....	63	Nuedexta.....	65	Olopatadine HCl.....	124
Nitrofurantoin Macrocrystal..	22	Nuplazid.....	46	Omega-3-Acid Ethyl Esters... 63	
Nitrofurantoin Monohydrate.	22	Nurtec ODT.....	35	Omeprazole.....	100
Nitroglycerin.....	63	Nutrilipid.....	77	Omeprazole Magnesium.... 100, 101	
Nitrostat.....	63	Nutrivit.....	90	Omnicap.....	90
Niva-Fol.....	90	Nyamyc.....	72	Oncovite.....	90
Nizatidine.....	100	Nylia 1/35.....	107	Ondansetron HCl.....	33
No Iron Multi Vitamin-Minerals	90	Nylia 7/7/7.....	107	Ondansetron ODT.....	33
NoHist-DM.....	135	Nymyo.....	107	One Daily Calcium/Iron.....	90
NoHist-LQ.....	128	Nystatin.....	34, 72	One Daily Complete.....	90
Nora-BE.....	109	Nystop.....	72	One Daily For Men 50+ Advanced.....	90
Norethindrone.....	109	O		One Daily For Women.....	90
Norethindrone Acetate.....	109	Oceanic Selenium.....	78	One Daily For Women 50+ Advanced.....	90
Norethindrone Acetate-Ethinyl Estradiol.....	107	Ocella.....	107	One Daily Maximum.....	90
Norethindrone Acetate-Ethinyl Estradiol-Fe.....	106, 107	Octagam.....	111	One Daily Multivitamin/Iron..	91
Norethindrone-Ethinyl Estradiol-Fe.....	107	Octreotide Acetate.....	110	One Daily Womens 50 Plus..	91
Norgestimate-Ethinyl Estradiol	107	Ocutabs.....	90	One Daily Womens 50+.....	91
Norgestimate-Ethinyl Estradiol Triphasic.....	107	Ocutabs-Lutein.....	90	One Daily/Minerals.....	91
Nortrel 0.5/35.....	107	Odefsey.....	49	One-A-Day Essential.....	91
Nortrel 1/35.....	107	Odomzo.....	41	One-A-Day Mens 50+ Advantage.....	91
Nortrel 7/7/7.....	107	Ofev.....	132	One-A-Day Teen Advantage/ Her.....	91
Nortriptyline HCl.....	32	OFF Deep Woods.....	121	One-A-Day Teen Advantage/ Him.....	91
Norvir.....	50	OFF Deep Woods Dry.....	121	One-A-Day Womens Formula	91
Noxafil.....	34	OFF Deep Woods Sportsmen	121, 122	One-Daily Multi-Vitamin.....	91
Nu-Iron.....	77	Ofloxacin.....	26, 124, 126		
Nu-Mag.....	77	Ogsiveo.....	38		
		Ojjaara.....	41		
		Olanzapine.....	46		
		Olanzapine ODT.....	46		
		Olmesartan Medoxomil.....	57		

Onureg.....	38	Oyster Shell Calcium/D3.....	78	Pediatric Electrolyte-Zinc.....	78	
Opcicon One-Step.....	109	Oyster Shell Calcium/Vitamin D.....	78	Pedvax HIB.....	118	
Opsumit.....	131	Oyster Shell Calcium/Vitamin D3.....	78	PEG 3350.....	97	
Orazinc.....	78	P			PEG-3350-Electrolytes.....	99
Orencia.....	112	Pacerone.....	58	PEG-3350-NaCl-Na Bicarbonate-KCl.....	99	
Orencia ClickJect.....	112	Pain Reliever PM Extra Strength.....	128	Pegasys.....	113	
Orenitram.....	131	Pain Relieving.....	70	Pemazyre.....	38	
Orenitram Month 1.....	131	Paliperidone ER.....	46	Penbraya.....	118	
Orenitram Month 2.....	131	Panretin.....	43	Penicillamine.....	102	
Orenitram Month 3.....	131	Pantoprazole Sodium.....	101	Penicillin G Potassium.....	25	
Orgovyx.....	110	Panzylga.....	111	Penicillin G Sodium.....	25	
Orkambi.....	131	Paricalcitol.....	121	Penicillin V Potassium.....	25	
Orserdu.....	37	Paroxetine HCl.....	31	Pentacel.....	118	
Os-Cal Calcium + D3.....	78	Pataday.....	124	Pentamidine Isethionate.....	43	
Os-Cal Extra D3.....	78	Paxlovid.....	122	Pentasa.....	120	
Oseltamivir Phosphate.....	51	Pazopanib HCl.....	41	Pentoxifylline ER.....	61	
Osphena.....	109	PC Pediatric Iron Drops.....	78	Perforomist.....	130	
Otezla.....	112	PC Pediatric Tri-Vitamin Drops	91	Peridin-C.....	91	
Oxacillin Sodium.....	25	PediaClear 8 Childrens.....	128	Perindopril Erbumine.....	58	
Oxacillin Sodium in Dextrose	25	PediaClear PD Childrens....	128	Periogard.....	66	
Oxcarbazepine.....	29	Pedialyte.....	78	Permethrin.....	71	
Oxybutynin Chloride.....	102	Pedialyte Advanced Care.....	78	Perphenazine.....	33	
Oxybutynin Chloride ER.....	102	Pedialyte Freezer Pops.....	78	Perseris.....	46	
Oxycodone HCl.....	19	Pedialyte Singles.....	78	Petrolatum.....	122	
Oxycodone-Acetaminophen.	19	Pediarix.....	118	Pharmacist Choice D-Vitamin	91	
Oysco 500+D.....	78	Pediatric Electrolyte.....	78	Phenelzine Sulfate.....	31	
Oyster Calcium.....	78	Pediatric Electrolyte Freeze Pops.....	78	Phenobarbital.....	29	
Oyster Shell Calcium.....	78	Pediatric Electrolyte Freezer Pops.....	78	Phenylephrine HCl.....	135	
Oyster Shell Calcium + D.....	78			Phenylephrine- Dextromethorphan- Guaifenesin.....	135	
Oyster Shell Calcium + D3....	78			Phenytek.....	30	
Oyster Shell Calcium Plus D.	78					
Oyster Shell Calcium w/D.....	78					
Oyster Shell Calcium/D.....	78					

Phenytoin.....	30	Poly-Vi-Flor/Iron.....	91	Prednisolone Acetate.....	125
Phenytoin Sodium Extended	30	Poly-Vi-Sol.....	91	Prednisolone Sodium Phosphate.....	103, 125
Phospha 250 Neutral.....	78	Poly-Vi-Sol/Iron.....	91	Prednisone.....	103
Phospho-Trin 250 Neutral.....	78	Polycin.....	124	Prednisone Intensol.....	103
Phospho-Trin K500.....	78	Polyethylene Glycol 3350.....	97	Pregabalin.....	65
Phosphorous.....	78	Polymyxin B Sulfate.....	22	PreHevbrio.....	118
Phytonadione.....	91	Polymyxin B-Trimethoprim..	124	Premarin.....	107
Pifeltro.....	49	Polysaccharide Iron Complex	79	Premasol.....	79
Pilocarpine HCl.....	66, 126	Polysaccharide-Iron Complex	79	Premphase.....	107
Pimecrolimus.....	69	Polytussin DM.....	136	Prempro.....	107
Pimozide.....	45	Polyvinyl Alcohol.....	123	Prenatal.....	91
Pimtree.....	107	Pomalyst.....	37	Prevalite.....	63
Pindolol.....	59	Portia-28.....	107	Prevymis.....	47
Pioglitazone HCl.....	53	Posaconazole.....	34	Prezcobix.....	51
Pioglitazone HCl-Glimepiride	53	Potassium Chloride.....	79	Prezista.....	51
Pioglitazone HCl-Metformin HCl.....	53	Potassium Chloride ER.....	79	Priftin.....	36
Piperacillin-Tazobactam.....	25	Potassium Chloride in Dextrose 5%.....	79	Primaquine Phosphate.....	43
Piqray.....	41	Potassium Chloride in NaCl..	79	Primidone.....	29
Pirfenidone.....	132	Potassium Chloride Microencapsulated ER.....	79	Priorix.....	118
Plain Niacin.....	91	Potassium Citrate ER.....	79	Privigen.....	111
Plasma-Lyte 148.....	79	Potassium Citrate-Citric Acid	79	Probenecid.....	35
Plasma-Lyte A.....	79	Praluent.....	63	Prochlorperazine.....	33
Plenamine.....	79	Pramipexole Dihydrochloride	44	Prochlorperazine Maleate.....	33
Podofilox.....	70	Pramoxine HCl.....	19	Procrit.....	56
Poly Bacitracin.....	22	Prasugrel HCl.....	57	Procto-Med HC.....	120
Poly Hist Forte.....	135	Pravastatin Sodium.....	62	Proctosol HC.....	120
Poly-Hist DM.....	136	Praziquantel.....	43	Proctozone-HC.....	120
Poly-Iron 150.....	79	Prazosin HCl.....	57	ProFe.....	79
Poly-Iron 150 Forte.....	79	Prednisolone.....	103	Proferrin ES.....	79
Poly-Vent DM.....	136			Proferrin-Forte.....	80
Poly-Vent IR.....	136			Prograf.....	115
Poly-Vi-Flor.....	91			Prolastin-C.....	101

Prolensa.....	125	Pyridoxine HCl.....	91	RA Calcium Citrate Plus Vitamin D-3.....	80	
Prolia.....	121	Pyrimethamine.....	43	RA Calcium-Boron.....	80	
Promacta.....	56	Pyrukynd.....	56	RA Central-Vite Womens Mature.....	92	
Promethazine HCl.....	33	Pyrukynd Taper Pack.....	56	RA Hi Cal.....	80	
Promethazine VC.....	136	Q			RA High Potency Iron.....	80
Promethazine-Codeine.....	136	QC Naproxen Sodium.....	17	RA Magnesium.....	80	
Promethazine-DM.....	136	Qinlock.....	37	RA Natural Magnesium.....	80	
Promethegan.....	33	Quadracel.....	118	RA Niacin.....	92	
Propafenone HCl.....	58	Quetiapine Fumarate.....	46	RA One Daily Maximum.....	92	
Propafenone HCl ER.....	58	Quetiapine Fumarate ER.....	46	RA Pediatric Electrolyte.....	80	
Propranolol HCl.....	59	Quflora Fe.....	91	RA Selenium Natural.....	80	
Propranolol HCl ER.....	59	Quflora Fe Pediatric.....	91	RA Slow Release Iron.....	80	
Propylthiouracil.....	111	Quflora Gummies.....	91	RA Vitamin A.....	92	
ProQuad.....	118	Quflora Pediatric.....	91	RA Vitamin B-1.....	92	
Prosol.....	80	Quinapril HCl.....	58	RA Vitamin B-12.....	92	
ProtectIron.....	91	Quinidine Gluconate ER.....	58	RA Vitamin B-12 TR.....	92	
Protriptyline HCl.....	32	Quinidine Sulfate.....	58	RA Vitamin B-6.....	92	
Pseudoephedrine HCl.....	136	Quinine Sulfate.....	43	RA Vitamin B12.....	92	
Pseudoephedrine HCl ER..	136	Quintabs-M.....	91	RA Vitamin C.....	92	
Pseudoephedrine- Brompheniramine- Dextromethorphan.....	136	Qulipta.....	36	RA Vitamin C CR.....	92	
Pseudoephedrine- Dexchlorpheniramine- Chlophedianol.....	136	Quviviq.....	65	RA Vitamin C/Rose Hips.....	92	
Pseudoephedrine-Guaifenesin ER.....	136	Qvar RediHaler.....	129	RA Vitamin E.....	92	
Pulmozyme.....	131	R			RA Zinc.....	80
Pure Calcium Carbonate.....	80	RA B-Complex.....	91	RabAvert.....	118	
PureWay-C.....	91	RA B-Complex with B-12.....	91	Rabeprazole Sodium.....	101	
Purixan.....	38	RA B-Complex/Vitamin C CR	92	Raloxifene HCl.....	109	
Pyrazinamide.....	36	RA Balanced B-100.....	91	Ramelteon.....	137	
Pyridostigmine Bromide.....	36	RA Balanced B-50.....	91	Ramipril.....	58	
Pyridostigmine Bromide ER..	36	RA Biotin.....	92	Ranolazine ER.....	61	
		RA Calcium 600.....	80	Rasagiline Mesylate.....	44	
		RA Calcium 600/Vitamin D-380		Rasuvo.....	115	
		RA Calcium 600/Vitamin D/ Minerals.....	80			

Rebif.....	66	Revcovi.....	101	Roweepra.....	27
Rebif Rebidose.....	66	Revlimid.....	37	Rozlytrek.....	41
Rebif Rebidose Titration Pack	66	Rexulti.....	46	Ru-Hist D.....	128
Rebif Titration Pack.....	66	Reyataz.....	51	Rubraca.....	41
Reclipsen.....	107	Rezlidhia.....	41	Rufinamide.....	30
Recombivax HB.....	118	Rhopressa.....	126	Rukobia.....	50
Rectiv.....	63	Ribavirin.....	48	Ryaltris.....	128
Redness Relief.....	124	Ridaura.....	112	Rydapt.....	42
Refresh Celluvisc.....	123	Rifabutin.....	36	Rymed.....	128
Refresh Lacri-Lube.....	123	Rifampin.....	37	Rynex DM.....	136
Refresh Optive Mega-3.....	123	Riluzole.....	65	Rynex PE.....	128
Refresh Plus.....	123	Rimantadine HCl.....	51	Rynex PSE.....	129
Regranex.....	70	Rinvoq.....	113	Rytary.....	44
Relenza Diskhaler.....	51	Risperdal Consta.....	47	S	
Relistor.....	97	Risperidone.....	47	S2.....	130
Rena-Vite.....	92	Risperidone Microspheres ER	47	Sajazir.....	111
Rena-Vite Rx.....	92	Risperidone ODT.....	47	Sancuso.....	33
Renal.....	92	Ritonavir.....	51	Sandimmune.....	115
Renal Vitamin.....	92	Rivastigmine.....	30	Santyl.....	70
Repaglinide.....	53	Rivastigmine Tartrate.....	30	Sapropterin Dihydrochloride	101
Repatha.....	63	Rivelsa.....	107	Savella.....	65
Repatha Pushtronex System	63	Rizatriptan Benzoate.....	35	Savella Titration Pack.....	65
Repatha SureClick.....	63	Rizatriptan Benzoate ODT....	35	Sawyer Insect Repellent....	122
Repel Hunters Formula.....	122	Robafen CF Multi-Symptom Cold.....	136	Scemblix.....	42
Repel Lemon Eucalyptus....	122	Robafen Mucus/Chest Congestion.....	136	Scopolamine.....	33
Repel Sportsmen.....	122	Rocklatan.....	123	Se-Tan PLUS.....	80
Repel Sportsmen Dry.....	122	Roflumilast.....	131	Secuado.....	47
Repel Sportsmen Max.....	122	Ropinirole HCl.....	44	Selegiline HCl.....	44
Restasis MultiDose.....	123	Rosuvastatin Calcium.....	62	Selenium.....	80
Restasis Single-Use Vials....	123	Rotarix.....	119	Selenium Sulfide.....	69
Retacrit.....	56	RotaTeq.....	119	Selzentry.....	50
Retevmo.....	38			Senior Tabs.....	92

Senna-Lax.....	97	Sleep-Aid.....	129	SM Pediatric Electrolyte.....	81
Sentry.....	92	Slo-Niacin.....	92	SM Slow Release Iron.....	81
Sentry Senior.....	92	Slow Fe.....	80	SM Tussin Cough/Chest Congestion.....	136
Serevent Diskus.....	130	Slow Release Iron.....	80	SM Vitamin B Complex/ Vitamin C.....	93
Serostim.....	103	Slow-Mag.....	80	SM Vitamin B-12.....	93
Sertraline HCl.....	31, 32	SM Anti-Diarrheal.....	99	SM Vitamin B1.....	93
Setlakin.....	107	SM B-Complex.....	93	SM Vitamin B12 TR.....	93
Sevelamer Carbonate.....	82	SM B-Complex/Vitamin C....	93	SM Vitamin B6.....	93
Severe Cold & Flu.....	136	SM B100 Complex.....	92	SM Vitamin C.....	93
Severe Cold/Cough.....	136	SM Balanced B-50.....	92	SM Vitamin C CR.....	93
Sharobel.....	109	SM Biotin.....	93	SM Zinc Gluconate.....	81
Shingrix.....	119	SM Calcium 600+D3.....	80	Smooth Antacid Extra Strength	99
Signifor.....	110	SM Calcium 600/Vitamin D..	80	Sodium Bicarbonate.....	99
Sildenafil Citrate.....	131	SM Calcium Citrate+/Vitamin D3.....	80	Sodium Chloride.....	81, 123
Silodosin.....	102	SM Calcium Citrate+Vitamin D3 Max.....	80	Sodium Citrate-Citric Acid....	81
Silver Sulfadiazine.....	70	SM Calcium-Vitamin D.....	80	Sodium Fluoride.....	81
Simethicone.....	99	SM Calcium/Vitamin D.....	80	Sodium Oxybate.....	137
Simethicone Drops Infants...	99	SM Chewable Vitamin C.....	93	Sodium Phenylbutyrate.....	101
Simethicone Ultra Strength...	99	SM Complete.....	93	Sodium Polystyrene Sulfonate	82
Simponi.....	116	SM Complete 50+.....	93	Sodium Sulfate-Potassium Sulfate-Magnesium Sulfate.	99
Simvastatin.....	62	SM Complete 50+ Ultimate Women.....	93	Sofosbuvir-Velpatasvir.....	48
Sinus + Headache.....	136	SM Hair/Skin/Nails.....	93	Solifenacin Succinate.....	102
Sinus Congestion/Pain.....	136	SM Ibuprofen.....	17	Soliqua.....	53
Sinus Pressure + Pain.....	136	SM Lorata-dine D.....	129	Soltamox.....	37
Sinus Relief Congestion-Pain	136	SM Loratadine.....	129	SoluVita E.....	93
Sinus Relief Extra Strength.	136	SM Magnesium Oxide.....	81	Somavert.....	110
Sirolimus.....	116	SM Miconazole 7.....	35	Sorafenib Tosylate.....	42
Sirturo.....	37	SM Multiple Vitamins/Iron....	93	Sorine.....	58
Skyclarys.....	65	SM Nasal Spray 12 Hour.....	136	Sotalol HCl.....	58
Skyrizi.....	113	SM Niacin CR.....	93		
Skyrizi Pen.....	113	SM One Daily Womens.....	93		
Sleep Aid.....	129				

Spectravite.....	93	Suflave.....	99	T
Spiriva HandiHaler.....	129	Sulfacetamide Sodium.....	125	Tab-A-Vite/Iron/Beta Carotene
Spiriva Respimat.....	130	Sulfacetamide-Prednisolone	123	Tabloid.....
Spirolactone.....	61	Sulfadiazine.....	26	Tabrecta.....
Spirolactone-HCTZ.....	61	Sulfamethoxazole- Trimethoprim.....	26	Tacrolimus.....
Sprintec 28.....	107	Sulfasalazine.....	120	Tadalafil.....
Spritam ODT.....	27	Sulindac.....	17	Tafinlar.....
Sprycel.....	42	Sumatriptan.....	35	Tagrisso.....
SPS.....	82	Sumatriptan Succinate.....	35	Talzenna.....
Sronyx.....	107	Sunitinib Malate.....	42	Tamoxifen Citrate.....
SSD.....	70	Sunlenca.....	50	Tamsulosin HCl.....
Stelara.....	113	Super B/C.....	93	Tandem.....
Stiolto Respimat.....	136	Super Biotin.....	93	Tandem Plus.....
Stivarga.....	42	Super Calcium.....	81	Tarina 24 Fe.....
Stomach Relief.....	99	Super Calcium 600 + D 400.....	81	Tarina Fe 1/20 EQ.....
Stomach Relief Extra Strength	99	Super Calcium 600 + D3.....	81	Taron Forte.....
Stomach Relief Ultra.....	99	Super Quints B-50.....	93	Tasigna.....
Streptomycin Sulfate.....	21	Super Thera Vite M.....	93	Tasimelteon.....
Stress B/Zinc.....	93	Supervite.....	93	Tazarotene.....
Stress Formula.....	93	Suspendol-S.....	122	Tazicef.....
Stress Formula/Iron.....	93	Sutab.....	99	Taztia XT.....
Stress Formula/Zinc.....	93	SV Vitamin B-12 ER.....	93	Tazverik.....
Stribild.....	49	Syeda.....	107	TDVAX.....
Strovite ONE.....	93	Symbicort.....	137	Teflaro.....
Suboxone.....	20	Sympazan.....	29	Telmisartan.....
Subvenite.....	28	Symtuza.....	51	Telmisartan-Amlodipine.....
Sucraid.....	101	Synarel.....	110	Telmisartan-HCTZ.....
Sucralfate.....	100	Synjardy.....	53	Temazepam.....
SudoGest.....	137	Synjardy XR.....	53	Tencon.....
SudoGest 12 Hour.....	137	Synthroid.....	109	Tenivac.....
SudoGest Maximum Strength	137			Tenofovir Disoproxil Fumarate
				Tepmetko.....

Terazosin HCl.....	102	Tioconazole-1.....	35	Trelegy Ellipta.....	137
Terbinafine HCl.....	35	Tivicay.....	49	Trelstar Mixject.....	110
Terconazole.....	35	Tivicay PD.....	49	Tresiba.....	55
Teriflunomide.....	66	Tizanidine HCl.....	47	Tresiba FlexTouch.....	55
Teriparatide.....	121	Tobi Podhaler.....	131	Tretinoin.....	43, 67
Testosterone.....	104	TobraDex.....	123	Tretinoin Microsphere.....	67
Testosterone Cypionate.....	103	TobraDex ST.....	123	Trexall.....	116
Testosterone Enanthate.....	104	Tobramycin.....	125, 131	Tri-Estarylla.....	107
Tetrabenazine.....	65	Tobramycin Sulfate.....	21	Tri-Legest Fe.....	107
Tetracycline HCl.....	27	Tobramycin-Dexamethasone		Tri-Lo-Estarylla.....	108
Thalomid.....	37	.....	123	Tri-Lo-Sprintec.....	108
Theophylline.....	131	Tobrex.....	125	Tri-Mili.....	108
Theophylline ER.....	131	Tolnaftate.....	35	Tri-Nymyo.....	108
Thera M Plus.....	93	Topiramate.....	28	Tri-Sprintec.....	108
Thera-M.....	94	Toremifene Citrate.....	37	Tri-Vi-Flor.....	94
Thera-Tabs.....	94	Torseamide.....	61	Tri-Vite Pediatric.....	94
Therapeutic-M/Lutein.....	94	Toujeo Max SoloStar.....	55	Tri-Vite/Fluoride.....	94
Theratrums Complete.....	94	Toujeo SoloStar.....	55	Tri-VyLibra.....	108
Theratrums Complete 50 Plus.....	94	TPN Electrolytes.....	81	Tri-VyLibra Lo.....	108
Therems-M.....	94	Tracleer.....	132	Triamcinolone Acetonide.....	66, 69, 129
Thiamine HCl.....	94	Tradjenta.....	53	Triamterene-HCTZ.....	61
Thioridazine HCl.....	45	Tramadol HCl.....	17, 19	Tricitrates.....	81
Thiothixene.....	45	Tramadol HCl ER.....	17	Triderm.....	69
Tiadyt ER.....	60	Tramadol-Acetaminophen....	19	Trientine HCl.....	82
Tiagabine HCl.....	29	Trandolapril.....	58	Trifluoperazine HCl.....	45
Tibsovo.....	42	Trandolapril-Verapamil HCl ER		Trifluridine.....	125
Ticovac.....	119	.....	61	Trihexyphenidyl HCl.....	44
Tigecycline.....	22	Tranexamic Acid.....	57	Trimethoprim.....	22
Tilia Fe.....	107	Tranylcypramine Sulfate.....	31	Trimipramine Maleate.....	32
Timolol Maleate.....	36, 125	Travasol.....	81	Trintellix.....	32
Timolol Maleate Ophthalmic		Travoprost.....	126	Triphrocaps.....	94
Gel Forming.....	125	Trazodone HCl.....	32	Triple Antibiotic.....	22
Tinidazole.....	22	Trecator.....	37		

Triple Antibiotic Plus.....	22	Ultra Lubricating Eye Drops PF	123	Velphoro.....	82
Triple Antibiotic+Pain Relief.	22	.....	123	Veltassa.....	82
Triprolidine HCl.....	129	Ultrathon Insect Repellent 8	122	Vemlidy.....	48
Triumeq.....	49	.....	122	Venclexta.....	42
Triumeq PD.....	50	Unithroid.....	109	Venclexta Starting Pack.....	42
Trivora.....	108	Uptravi.....	132	Venlafaxine Besylate ER.....	32
Trizivir.....	50	Uptravi Titration.....	132	Venlafaxine HCl.....	32
TrophAmine.....	81	Ursodiol.....	99	Venlafaxine HCl ER.....	32
Trulance.....	97	V		Ventavis.....	132
Trulicity.....	53	V-C Forte.....	94	Ventolin HFA.....	130
Trumenba.....	119	Valacyclovir HCl.....	48	Verapamil HCl.....	60
Truqap.....	42	Valchlor.....	37	Verapamil HCl ER.....	60
Tukysa.....	38	Valganciclovir HCl.....	47	Verquvo.....	63
Turalio.....	42	Valproic Acid.....	28	Versacloz.....	47
Turqoz.....	108	Valsartan.....	57	Verzenio.....	42
Tussin CF Severe Multi-Symptom.....	137	Valsartan-Hydrochlorothiazide	61	Vestura.....	108
Tussin DM.....	137	.....	61	Vibramycin.....	27
Tussin DM Max Adult.....	137	Valtoco 10MG Dose.....	29	VIC-Forte.....	94
Tussin Mucus+Chest Congestion.....	137	Valtoco 15MG Dose.....	29	Vienna.....	108
Tussin Multi-Symptom Cold CF	137	Valtoco 20MG Dose.....	29	Vigabatrin.....	29
.....	137	Valtoco 5MG Dose.....	29	Vigadrone.....	29
Twinrix.....	119	Vanacof.....	137	Vigpoder.....	29
Tyblume.....	108	Vanacof DM.....	137	Viibryd.....	32
Tybost.....	50	Vanacof DMX.....	137	Vilazodone HCl.....	32
Tymlos.....	121	VanaLice.....	71	Viracept.....	51
Typhim VI.....	119	Vanatab DM.....	137	Viread.....	50
Tyrvaya.....	123	Vancomycin HCl.....	22	Virt-Caps.....	94
U		Vanflyta.....	42	Virt-Gard.....	94
Ubrelvy.....	35	Vapor Steam.....	122	Vital-D Rx.....	94
Udenyca.....	57	Vaqta.....	119	Vitalee.....	94
Ultra Lubricating Eye Drops	123	Varenicline Tartrate.....	20, 21	Vitalets Childrens.....	94
		Varivax.....	119	Vitamin A.....	94
		Vascepa.....	63	Vitamin B + C Complex.....	94
		Velivet.....	108		

Vitamin B 12.....	94	Vitamin-B Complex.....	96	Womens Daily Formula.....	96
Vitamin B Complex.....	94	Vitamins ACD-Fluoride.....	96	Womens Daily Formula/Folic Acid/Calcium/Iron.....	96
Vitamin B Complex-C.....	94	VitaTRUM.....	96	Wymzya Fe.....	108
Vitamin B-1.....	94	Vitrakvi.....	42	X	
Vitamin B-12.....	94	VITRUM 50+ Senior Multi.....	96	Xalkori.....	42
Vitamin B-12 ER.....	95	Vivitrol.....	19	Xarelto.....	56
Vitamin B-2.....	95	Vizimpro.....	42	Xarelto Starter Pack.....	56
Vitamin B-6.....	95	Vonjo.....	38	Xatmep.....	116
Vitamin B1.....	94	Voriconazole.....	35	Xcopri.....	28
Vitamin B12.....	94	Vosevi.....	48	Xeljanz.....	113
Vitamin B12 TR.....	95	Votrient.....	42	Xeljanz XR.....	113
Vitamin B6.....	95	Vowst.....	99	Xermelo.....	97
Vitamin C.....	95	VP-Vite Rx.....	96	Xgeva.....	121
Vitamin C Drops.....	95	Vraylar.....	47	Xifaxan.....	22
Vitamin C ER.....	95	Vumerity.....	66	Xigduo XR.....	53
Vitamin C-Rose Hips.....	95	Vyfemla.....	108	Xiidra.....	123
Vitamin C-Rose Hips ER.....	95	VyLibra.....	108	Xofluza.....	51
Vitamin C-Rose Hips TR.....	95	Vyndamax.....	101	Xolair.....	113
Vitamin C/Bioflavonoids/Rose Hips.....	95	Vyndaqel.....	101	Xospata.....	42
Vitamin C/Rose Hips.....	95	Vyvanse.....	64	Xpovio.....	38, 39
Vitamin C/Rose Hips TR.....	95	Vyzulta.....	126	Xtampza ER.....	17
Vitamin D.....	95	W		Xtandi.....	37
Vitamin D Infant.....	95	Warfarin Sodium.....	56	Y	
Vitamin D3.....	95	Wart Remover Maximum Strength.....	70	Yargesa.....	101
Vitamin E.....	95	Wee Care.....	81	Yelets Teenage Formula.....	96
Vitamin E Blend.....	95	Welireg.....	42	YF-VAX.....	119
Vitamin E High Potency.....	95	Wes-Phos 250 Neutral.....	81	Yuflyma.....	116
Vitamin E Water Soluble.....	95	WesCaps.....	96	Yuflyma-Crohn's Disease/ Ulcerative Colitis/Hidradenitis Suppurativa Starter.....	116
Vitamin E/D-Alpha.....	95	WesTab Max.....	96	Z	
Vitamin E/D-Alpha Natural....	95	WesTab One.....	96	Z-Bum.....	70
Vitamin K1.....	95	WesTussin DM.....	129	Zafirlukast.....	129
Vitamin Supplement E-400... 95		Wixela Inhub.....	137		

Zaleplon.....	137	Zinc Gluconate.....	81	Zonisade.....	30
Zarxio.....	57	Zinc Oxide.....	70	Zonisamide.....	30
Zejula.....	43	Zinc Sulfate.....	81	Zovia 1/35.....	108
Zelboraf.....	43	Ziprasidone HCl.....	47	Ztalmy.....	29
Zemaira.....	101	Ziprasidone Mesylate.....	47	Zurzuvae.....	31
Zenatane.....	67	Zirgan.....	47	Zydelig.....	43
Zenpep.....	102	Zokinvy.....	102	Zykadia.....	43
Zidovudine.....	50	Zolinza.....	39	Zyprexa Relprev.....	47
Zinc.....	81, 96	Zolpidem Tartrate.....	137		
Zinc 15.....	81	Zomacton.....	103		

Para obtener información más reciente o si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Connected al:



Número gratuito: **1-800-256-6533**, TTY **7-1-1**

de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre



UHCommunityPlan.com

myuhc.com/communityplan