



ALERGIAS / RESFRÍO Y GRIPE

BENZONATATO 100 MG CANTIDAD: 14
 CERON DM CANTIDAD: 120 ML
 (CON DEXTROMETORFANO), JARABE CANTIDAD: 30 ML*
 CERON, GOTAS CANTIDAD: 30
 LORATADINA 10 MG CANTIDAD: 120 ML
 PROMETACINA Y CANTIDAD: 120 ML
 DEXTROMETORFANO, JARABE CANTIDAD: 120 ML
 TRIVENT, CLORFENIRAMINA, CANTIDAD: 120 ML*
 DEXTROMETORFANO Y
 FENILEFRINA, JARABE

TRATAMIENTOS CON ANTIBIÓTICOS

AMOXICILINA 125/5 ML, SUSPENSIÓN CANTIDAD: 80 ML
 AMOXICILINA 125/5 ML, SUSPENSIÓN CANTIDAD: 100 ML
 AMOXICILINA 125/5 ML, SUSPENSIÓN CANTIDAD: 150 ML
 AMOXICILINA 200/5 ML, SUSPENSIÓN CANTIDAD: 50 ML
 AMOXICILINA 200/5 ML, SUSPENSIÓN CANTIDAD: 75 ML*
 AMOXICILINA 200/5 ML, SUSPENSIÓN CANTIDAD: 100 ML*
 AMOXICILINA 250/5 ML, SUSPENSIÓN CANTIDAD: 80 ML
 AMOXICILINA 250/5 ML, SUSPENSIÓN CANTIDAD: 100 ML
 AMOXICILINA 250/5 ML, SUSPENSIÓN CANTIDAD: 150 ML
 AMOXICILINA 400/5 ML, SUSPENSIÓN CANTIDAD: 50 ML
 AMOXICILINA 400/5 ML, SUSPENSIÓN CANTIDAD: 75 ML*
 AMOXICILINA 400/5 ML, SUSPENSIÓN CANTIDAD: 100 ML*
 AMOXICILINA 250 MG CANTIDAD: 30
 AMOXICILINA 500 MG CANTIDAD: 30
 AMOXIL 50 MG/ML, GOTAS CANTIDAD: 30 ML*
 CEFALEXINA 250 MG CANTIDAD: 28
 CEFALEXINA 500 MG CANTIDAD: 30
 CIPROFLOXACINA 250 MG CANTIDAD: 14
 CIPROFLOXACINA 500 MG CANTIDAD: 20
 DOXICICLINA 50 MG CANTIDAD: 30
 DOXICICLINA 100 MG CANTIDAD: 20
 ERITROSINA 250 MG CANTIDAD: 40*
 ERITROMICINA 250 MG, CANTIDAD: 28*
 PARA LA ENFERMEDAD DE CROHN CANTIDAD: 28
 METRONIDAZOL 250 MG CANTIDAD: 14
 METRONIDAZOL 500 MG CANTIDAD: 200 ML
 PENICILINA VK 125/5 ML, SUSPENSIÓN CANTIDAD: 100 ML
 PENICILINA VK 250/5 ML, SUSPENSIÓN CANTIDAD: 28
 PENICILINA VK 250 MG CANTIDAD: 28
 SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIMA CANTIDAD: 28
 400/80 MG
 SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIMA CANTIDAD: 20
 DOSIS DOBLE 800/160
 SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIMA CANTIDAD: 120 ML
 200/40, SUSPENSIÓN CANTIDAD: 60
 TETRACICLINA 250 MG CANTIDAD: 60
 TETRACICLINA 500 MG CANTIDAD: 60

ARTRITIS / DOLOR

ALOPURINOL 100 MG CANTIDAD: 30
 ALOPURINOL 300 MG CANTIDAD: 30
 BACLOFENO 10 MG CANTIDAD: 30
 COLQUICINA 0.6 MG CANTIDAD: 30
 CICLOBENZAPRINA 5 MG CANTIDAD: 30
 CICLOBENZAPRINA 10 MG CANTIDAD: 30
 DEXAMETASONA 0.5 MG CANTIDAD: 30
 DEXAMETASONA 0.75 MG CANTIDAD: 12

DEXAMETASONA 4 MG CANTIDAD: 6
 DICLOFENACO 75 MG CANTIDAD: 60
 DE LIBERACIÓN RETARDADA CANTIDAD: 120 ML*
 IBUPROFENO 100/5 ML SUSPENSIÓN CANTIDAD: 90
 IBUPROFENO 400 MG CANTIDAD: 60
 IBUPROFENO 600 MG CANTIDAD: 30
 IBUPROFENO 800 MG CANTIDAD: 60*
 INDOMETACINA 25 MG CANTIDAD: 30
 MELOXICAM 7.5 MG CANTIDAD: 30
 MELOXICAM 15 MG CANTIDAD: 60*
 NAPROXENO 375 MG CANTIDAD: 60*
 NAPROXENO 500 MG CANTIDAD: 30
 PIROXICAM 20 MG CANTIDAD: 60
 SALSALATO 500 MG CANTIDAD: 60

ASMA

ALBUTEROL 2 MG CANTIDAD: 90
 ALBUTEROL 4 MG CANTIDAD: 60
 ALBUTEROL, JARABE CANTIDAD: 120 ML
 ALBUTEROL, CANTIDAD: 20 ML
 SOLUCIÓN NEBULIZADORA AL 0.5%
Nuevo ALBUTEROL, SOLUCIÓN CANTIDAD: 75*
 NEBULIZADORA AL 0.083% (25 AMPOLLAS)
Nuevo IPRATROPIO, CANTIDAD: 75*
 SOLUCIÓN NEBULIZADORA (25 AMPOLLAS)

COLESTEROL

LOVASTATINA 10 MG CANTIDAD: 30
 LOVASTATINA 20 MG CANTIDAD: 30*
 PRAVASTATINA 10 MG CANTIDAD: 30
 PRAVASTATINA 20 MG CANTIDAD: 30
 PRAVASTATINA 40 MG CANTIDAD: 30*

DIABETES

CLORPROPAMIDA 100 MG CANTIDAD: 30*
 GLIMEPIRIDA 1 MG CANTIDAD: 30
 GLIMEPIRIDA 2 MG CANTIDAD: 30
 GLIMEPIRIDA 4 MG CANTIDAD: 30
 GLIPIZIDA 5 MG CANTIDAD: 30
 GLIPIZIDA 10 MG CANTIDAD: 60*
 GLIBURIDA 2.5 MG CANTIDAD: 30
 GLIBURIDA 5 MG CANTIDAD: 30
 GLIBURIDA MICRO 3 MG CANTIDAD: 30
 GLIBURIDA MICRO 6 MG CANTIDAD: 60
 METFORMINA 500 MG CANTIDAD: 60
 METFORMINA 850 MG CANTIDAD: 60
 METFORMINA 1000 MG CANTIDAD: 60*
 METFORMINA 500 MG CANTIDAD: 60*
 DE LIBERACIÓN PROLONGADA CANTIDAD: 60*

SALUD GASTROINTESTINAL

ALCALOIDES DE BELLADONA/FENOBARBITAL CANTIDAD: 60
 CIMETIDINA 800 MG CANTIDAD: 30*
 CYTRA2 SOLUCIÓN CANTIDAD: 180 ML
 DICICLOMINA 10 MG CANTIDAD: 90
 DICICLOMINA 20 MG CANTIDAD: 60

Las recetas de \$4 son válidas para un suministro de hasta 30 días de un medicamento cubierto en una dosis normalmente recetada para surtir o renovar a \$4 por receta. Su participación en ciertos planes de cobertura de medicamentos de venta con receta médica podría darle el derecho a pagar por algunas recetas aun menos de \$4. Si usted reúne las condiciones, se le cobrará el menor precio aplicable. Este programa no está disponible en North Dakota. Usted puede obtener estos ahorros en medicamentos de venta con receta médica ya sea que usted tenga o no cobertura por medio de su empleo, bajo Medicare o todo otro plan. La lista de medicamentos cubiertos está sujeta a cambios. No todos los medicamentos de venta con receta médica están cubiertos bajo este programa. Sólo las recetas inicialmente surtidas en persona, en una de las farmacias participantes, cumplen los requisitos para el precio de \$4. Las renovaciones deberán ser retiradas en la tienda, pero se pueden ordenar en persona, por Internet o por teléfono. Este programa no está disponible para recetas surtidas por medio de pedidos por correo. Consulte con su farmacéutico de Wal-Mart para obtener mayor información.

Conforme a las disposiciones de las leyes estatales, las recetas señaladas con un asterisco () cuestan más de \$4 en CO, CA, HI, MN, MT, PA, TN, WI y WY. Los clientes de estos estados deben consultar los detalles de los precios con los farmacéuticos de Wal-Mart o Sam's Club.

Conforme a las disposiciones de las leyes estatales, las recetas señaladas con 2 asteriscos () no están cubiertas por este programa en CO, CA, HI, MN, MT, PA, TN, WI y WY.



FAMOTIDINA 20 MG	CANTIDAD: 60	SALUD CARDÍACA / TENSIÓN ARTERIAL	
HIOSCIAMINA, GOTAS	CANTIDAD: 15 ML*	AMILORIDA/HCTZ 5/50	CANTIDAD: 30
HIOSCIAMINA 0.125 MG, SUBLINGUAL	CANTIDAD: 30	ATENOLOL/CLORTALIDONA 50/25	CANTIDAD: 30
HIOSCIAMINA 0.125 MG	CANTIDAD: 60	ATENOLOL/CLORTALIDONA 100/25	CANTIDAD: 30
MICRO HIOSCIAMINA 0.375		ATENOLOL 25 MG	CANTIDAD: 30
DE LIBERACIÓN PROLONGADA	CANTIDAD: 30	ATENOLOL 50 MG	CANTIDAD: 30
LACTULOSA, JARABE	CANTIDAD: 237 ML	ATENOLOL 100 MG	CANTIDAD: 30
METOCLOPRAMIDA 10 MG	CANTIDAD: 60	BENAZEPRIL 5 MG	CANTIDAD: 30
METOCLOPRAMIDA, JARABE	CANTIDAD: 60 ML	BENAZEPRIL 10 MG	CANTIDAD: 30
PROMETACINA 25 MG	CANTIDAD: 12	BENAZEPRIL 20 MG	CANTIDAD: 30
PROMETACINA, JARABE SIMPLE	CANTIDAD: 180 ML*	BENAZEPRIL 40 MG	CANTIDAD: 30
RANITIDINA 150 MG	CANTIDAD: 60	BISOPROLOL/HCTZ 2.5/6.25	CANTIDAD: 30
RANITIDINA 300 MG	CANTIDAD: 30	BISOPROLOL/HCTZ 5/6.25	CANTIDAD: 30
		BISOPROLOL/HCTZ 10/6.25	CANTIDAD: 30
SALUD AUDITIVA		BUMETANIDA 0.5MG	CANTIDAD: 30
ANTIPIRINA/BENZOCAÍNA ÓTICA	CANTIDAD: 10 ML	BUMETANIDA 1 MG	CANTIDAD: 30
		CAPTOPRIL 12.5 MG	CANTIDAD: 60
INFECCIONES FÚNGICAS		CAPTOPRIL 25 MG	CANTIDAD: 60
FLUCONAZOL 150 MG	CANTIDAD: 1	CAPTOPRIL 50 MG	CANTIDAD: 60
NISTATINA/TRIAMCIN, CREMA	CANTIDAD: 15 G	CAPTOPRIL 100 MG	CANTIDAD: 60
NISTATINA/TRIAMCIN, CREMA	CANTIDAD: 30 G	Nuevo CARVEDILOL 3.125 MG	CANTIDAD: 60
NISTATINA/TRIAMCIN, UNGÜENTO	CANTIDAD: 15 G	Nuevo CARVEDILOL 6.25 MG	CANTIDAD: 60
NISTATINA, CREMA	CANTIDAD: 15 G	Nuevo CARVEDILOL 12.5 MG	CANTIDAD: 60
NISTATINA, CREMA	CANTIDAD: 30 G	Nuevo CARVEDILOL 25 MG	CANTIDAD: 60*
NISTATINA, UNGÜENTO	CANTIDAD: 15 G	CLORTALIDONA 25 MG	CANTIDAD: 30
NISTATINA, UNGÜENTO	CANTIDAD: 30 G	CLORTALIDONA 50 MG	CANTIDAD: 30
Nuevo TERBINAFINA 250 MG	CANTIDAD: 30*	CLONIDINA 0.1 MG	CANTIDAD: 30
		CLONIDINA 0.2 MG	CANTIDAD: 30
GLAUCOMA / CUIDADO DE LOS OJOS		DIGITEK 0.125 MG	CANTIDAD: 30
SULFATO DE ATROPINA,		DIGITEK 0.25 MG	CANTIDAD: 30
SOLUCIÓN ÓPTICA AL 1%	CANTIDAD: 5 ML	DILTIAZEM 30 MG	CANTIDAD: 60
BACITRACINA, UNGÜENTO ÓPTICO	CANTIDAD: 4 G	DILTIAZEM 60 MG	CANTIDAD: 60
ERITROMICINA, UNGÜENTO ÓPTICO	CANTIDAD: 4 G	DILTIAZEM 90 MG	CANTIDAD: 60*
GENTAMICINA,		DILTIAZEM 120 MG	CANTIDAD: 30
SOLUCIÓN ÓPTICA AL 0.3%	CANTIDAD: 5 ML	DOXAZOSINA 1 MG	CANTIDAD: 30
Nuevo LEVOBUNOLOL,		DOXAZOSINA 2 MG	CANTIDAD: 30
SOLUCIÓN ÓPTICA AL 0.5%	CANTIDAD: 5 ML	DOXAZOSINA 4 MG	CANTIDAD: 30
NEOMICINA/POLIMIXINA/		DOXAZOSINA 8 MG	CANTIDAD: 30
DEXAMETASONA, UNGÜENTO ÓPTICO		ENALAPRIL/HCTZ 5/12.5	CANTIDAD: 30
AL 0.1%	CANTIDAD: 4 G	ENALAPRIL 2.5MG	CANTIDAD: 30
NEOMICINA/POLIMIXINA/		ENALAPRIL 5 MG	CANTIDAD: 30
DEXAMETASONA, SUSPENSIÓN ÓPTICA		ENALAPRIL 10 MG	CANTIDAD: 30
AL 0.1%	CANTIDAD: 5 ML	ENALAPRIL 20 MG	CANTIDAD: 30
PILOCARPINA,		FUROSEMIDA 20 MG	CANTIDAD: 30
SOLUCIÓN ÓPTICA AL 1%	CANTIDAD: 15 ML	FUROSEMIDA 40 MG	CANTIDAD: 30
PILOCARPINA,		FUROSEMIDA 80 MG	CANTIDAD: 30
SOLUCIÓN ÓPTICA AL 2%	CANTIDAD: 15 ML	GUANFACINA 1 MG	CANTIDAD: 30
SULFATO DE POLIMIXINA/		HIDRALAZINA 10 MG	CANTIDAD: 30
SOLUCIÓN DE TRIMETOPRIMA	CANTIDAD: 10 ML*	HIDRALAZINA 25 MG	CANTIDAD: 30
SODIUM SULFACETA,		HIDROCLOROTIAZIDA 12.5 MG	CANTIDAD: 30*
SOLUCIÓN ÓPTICA AL 10%	CANTIDAD: 15 ML	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG	CANTIDAD: 30
		HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG	CANTIDAD: 30
Nuevo MALEATO DE TIMOLOL,	CANTIDAD: 5 ML	INDAPAMIDA 1.25 MG	CANTIDAD: 30
SOLUCIÓN ÓPTICA AL 0.25%		INDAPAMIDA 2.5 MG	CANTIDAD: 30
Nuevo MALEATO DE TIMOLOL,	CANTIDAD: 5 ML	MONONITRATO DE ISOSORBIDA 30 MG	
SOLUCIÓN ÓPTICA AL 0.5%		DE LIBERACIÓN	
TOBRAMICINA,		PROLONGADA	CANTIDAD: 30
SOLUCIÓN ÓPTICA AL 0.3%	CANTIDAD: 5 ML	MONONITRATO DE ISOSORBIDA 60 MG	
		DE LIBERACIÓN PROLONGADA	CANTIDAD: 30

Las recetas de \$4 son válidas para un suministro de hasta 30 días de un medicamento cubierto en una dosis normalmente recetada para surtir o renovar a \$4 por receta. Su participación en ciertos planes de cobertura de medicamentos de venta con receta médica podría darle el derecho a pagar por algunas recetas aun menos de \$4. Si usted reúne las condiciones, se le cobrará el menor precio aplicable. Este programa no está disponible en North Dakota. Usted puede obtener estos ahorros en medicamentos de venta con receta médica ya sea que usted tenga o no cobertura por medio de su empleo, bajo Medicare o todo otro plan. La lista de medicamentos cubiertos está sujeta a cambios. No todos los medicamentos de venta con receta médica están cubiertos bajo este programa. Sólo las recetas inicialmente surtidas en persona, en una de las farmacias participantes, cumplen los requisitos para el precio de \$4. Las renovaciones deberán ser retiradas en la tienda, pero se pueden ordenar en persona, por Internet o por teléfono. Este programa no está disponible para recetas surtidas por medio de pedidos por correo. Consulte con su farmacéutico de Wal-Mart para obtener mayor información.

Conforme a las disposiciones de las leyes estatales, las recetas señaladas con un asterisco () cuestan más de \$4 en CO, CA, HI, MN, MT, PA, TN, WI y WY. Los clientes de estos estados deben consultar los detalles de los precios con los farmacéuticos de Wal-Mart o Sam's Club.

Conforme a las disposiciones de las leyes estatales, las recetas señaladas con 2 asteriscos () no están cubiertas por este programa en CO, CA, HI, MN, MT, PA, TN, WI y WY.

LISINOPRIL/HCTZ 10/12.5	CANTIDAD: 30	CLORHIDRATO DE DOXEPINA 25 MG	CANTIDAD: 30
LISINOPRIL/HCTZ 20/12.5	CANTIDAD: 30*	CLORHIDRATO DE DOXEPINA 50 MG	CANTIDAD: 30
LISINOPRIL/HCTZ 20/25 MG	CANTIDAD: 30*	CLORHIDRATO DE DOXEPINA 75 MG	CANTIDAD: 30
LISINOPRIL 2.5 MG	CANTIDAD: 30	CLORHIDRATO DE DOXEPINA 100 MG	CANTIDAD: 30
LISINOPRIL 5 MG	CANTIDAD: 30	FLUOXETINA 10 MG, TABLETAS	CANTIDAD: 30*
LISINOPRIL 10 MG	CANTIDAD: 30	FLUOXETINA 10 MG	CANTIDAD: 30
LISINOPRIL 20 MG	CANTIDAD: 30	FLUOXETINA 20 MG	CANTIDAD: 30
METILDOPA 250 MG	CANTIDAD: 60*	FLUOXETINA 40 MG	CANTIDAD: 30
METILDOPA 500 MG	CANTIDAD: 30*	FLUFENAZINA 1 MG	CANTIDAD: 30
METOPROLOL TARTRATO 25 MG	CANTIDAD: 60	HALOPERIDOL 0.5 MG	CANTIDAD: 30
METOPROLOL TARTRATO 50 MG	CANTIDAD: 60	HALOPERIDOL 1 MG	CANTIDAD: 30
METOPROLOL TARTRATO 100 MG	CANTIDAD: 60*	HALOPERIDOL 2 MG	CANTIDAD: 30
NADOLOL 20 MG	CANTIDAD: 30	HALOPERIDOL 5 MG	CANTIDAD: 30
NADOLOL 40 MG	CANTIDAD: 30	CLORHIDRATO DE HIDROXICINA	
Nuevo NITROGLICERINA 0.3 MG, SUBLINGUAL	CANTIDAD: 100*	10MG/5ML, JARABE	CANTIDAD: 120 ML
Nuevo NITROGLICERINA 0.4 MG, SUBLINGUAL	CANTIDAD: 100*	CARBONATO DE LITIO 300 MG	CANTIDAD: 90*
PINDOLOL 5 MG	CANTIDAD: 30	NORTRIPTILINA 10 MG	CANTIDAD: 30
PINDOLOL 10 MG	CANTIDAD: 30	NORTRIPTILINA 25 MG	CANTIDAD: 30
PRazosina CLORHIDRATO 1 MG	CANTIDAD: 30	PAROXETINA 10 MG	CANTIDAD: 30*
PRazosina CLORHIDRATO 2 MG	CANTIDAD: 30	PAROXETINA 20 MG	CANTIDAD: 30*
PRazosina CLORHIDRATO 5 MG	CANTIDAD: 30	PROCLORPERAZINA 10 MG	CANTIDAD: 30
PROPRANOLOL 10 MG	CANTIDAD: 60	TIORIDAZINA 25 MG	CANTIDAD: 30
PROPRANOLOL 20 MG	CANTIDAD: 60	TIORIDAZINA 50 MG	CANTIDAD: 30
PROPRANOLOL 40 MG	CANTIDAD: 60	TIOTIXENO 2 MG	CANTIDAD: 30
PROPRANOLOL 80 MG	CANTIDAD: 60	TRAZODONA 50 MG	CANTIDAD: 30
SOTALOL CLORHIDRATO 80 MG	CANTIDAD: 30*	TRAZODONA 100 MG	CANTIDAD: 30
ESPIRONOLACTONA 25 MG	CANTIDAD: 30*	TRAZODONA 150 MG	CANTIDAD: 30
TERAZOSINA 1 MG	CANTIDAD: 30	TRIHIXIFENIDIL 2 MG	CANTIDAD: 60
TERAZOSINA 2 MG	CANTIDAD: 30		
TERAZOSINA 5 MG	CANTIDAD: 30	AFECCIONES DE LA PIEL	
TERAZOSINA 10 MG	CANTIDAD: 30	Nuevo PERÓXIDO DE BENZOÍLO AL	
TRIAMTERENO/HCTZ 37.5/25	CANTIDAD: 30	4% JABÓN EN CREMA	CANTIDAD: 171 ML*
TRIAMTERENO/HCTZ 75/50	CANTIDAD: 30	DIPROPIONATO DE BETAMETASONA,	
VERAPAMILO 80 MG	CANTIDAD: 30	CREMA AL 0.05%	CANTIDAD: 15 G
VERAPAMILO 120 MG	CANTIDAD: 30	DIPROPIONATO DE BETAMETASONA,	
Nuevo WARFARINA 1 MG	CANTIDAD: 30	CREMA AL 0.05%	CANTIDAD: 45 G
Nuevo WARFARINA 2 MG	CANTIDAD: 30	VALERATO DE BETAMETASONA,	
Nuevo WARFARINA 2.5 MG	CANTIDAD: 30	CREMA AL 0.1%	CANTIDAD: 15 G
Nuevo WARFARINA 3 MG	CANTIDAD: 30	VALERATO DE BETAMETASONA,	
Nuevo WARFARINA 4 MG	CANTIDAD: 30	CREMA AL 0.1%	CANTIDAD: 45 G
WARFARINA 5 MG	CANTIDAD: 30*	VALERATO DE BETAMETASONA,	
Nuevo WARFARINA 6 MG	CANTIDAD: 30	UNGÜENTO AL 0.1%	CANTIDAD: 15 G
Nuevo WARFARINA 7.5 MG	CANTIDAD: 30	VALERATO DE BETAMETASONA,	
Nuevo WARFARINA 10 MG	CANTIDAD: 30	UNGÜENTO AL 0.1%	CANTIDAD: 45 G
		ERITROMICINA, SOLUCIÓN AL 2%	CANTIDAD: 60 ML
SALUD MENTAL		ACETÓNIDO DE FLUOCINOLONA,	
AMITRIPTILINA 10 MG	CANTIDAD: 30	SOLUCIÓN AL 0.01%	CANTIDAD: 60 ML
AMITRIPTILINA 25 MG	CANTIDAD: 30	FLUOCINONIDA, CREMA AL 0.05%	CANTIDAD: 15 G
AMITRIPTILINA 50 MG	CANTIDAD: 30	FLUOCINONIDA, CREMA AL 0.05%	CANTIDAD: 30 G
AMITRIPTILINA 75 MG	CANTIDAD: 30	GENTAMICINA, CREMA AL 0.1%	CANTIDAD: 15 G
AMITRIPTILINA 100 MG	CANTIDAD: 30	GENTAMICINA, UNGÜENTO AL 0.1%	CANTIDAD: 15 G
BENZOTROPINA 2 MG	CANTIDAD: 30	HIDROCORTISONA, CREMA AL 1%	CANTIDAD: 30 G
BUSPIRONA 5 MG	CANTIDAD: 60	HIDROCORTISONA, CREMA AL 2.5%	CANTIDAD: 30 G
BUSPIRONA 10 MG	CANTIDAD: 60*	SULFURO DE SELENIO, LOCIÓN AL 2.5%	CANTIDAD: 120 ML*
CARBAMAZEPINA 200 MG	CANTIDAD: 60*	TRIAMCINOLONA, CREMA AL 0.025%	CANTIDAD: 15 G
CITALOPRAM 20 MG	CANTIDAD: 30	TRIAMCINOLONA, CREMA AL 0.025%	CANTIDAD: 80 G
CITALOPRAM 40 MG	CANTIDAD: 30	TRIAMCINOLONA, CREMA AL 0.1%	CANTIDAD: 15 G
CLORHIDRATO DE DOXEPINA 10 MG	CANTIDAD: 30	TRIAMCINOLONA, CREMA AL 0.1%	CANTIDAD: 80 G
		TRIAMCINOLONA, UNGÜENTO AL 0.1%	CANTIDAD: 15 G
		TRIAMCINOLONA, UNGÜENTO AL 0.1%	CANTIDAD: 80 G

Las recetas de \$4 son válidas para un suministro de hasta 30 días de un medicamento cubierto en una dosis normalmente recetada para surtir o renovar a \$4 por receta. Su participación en ciertos planes de cobertura de medicamentos de venta con receta médica podría darle el derecho a pagar por algunas recetas aun menos de \$4. Si usted reúne las condiciones, se le cobrará el menor precio aplicable. Este programa no está disponible en North Dakota. Usted puede obtener estos ahorros en medicamentos de venta con receta médica ya sea que usted tenga o no cobertura por medio de su empleo, bajo Medicare o todo otro plan. La lista de medicamentos cubiertos está sujeta a cambios. No todos los medicamentos de venta con receta médica están cubiertos bajo este programa. Sólo las recetas inicialmente surtidas en persona, en una de las farmacias participantes, cumplen los requisitos para el precio de \$4. Las renovaciones deberán ser retiradas en la tienda, pero se pueden ordenar en persona, por Internet o por teléfono. Este programa no está disponible para recetas surtidas por medio de pedidos por correo. Consulte con su farmacéutico de Wal-Mart para obtener mayor información.

Conforme a las disposiciones de las leyes estatales, las recetas señaladas con un asterisco () cuestan más de \$4 en CO, CA, HI, MN, MT, PA, TN, WI y WY. Los clientes de estos estados deben consultar los detalles de los precios con los farmacéuticos de Wal-Mart o Sam's Club.

Conforme a las disposiciones de las leyes estatales, las recetas señaladas con 2 asteriscos () no están cubiertas por este programa en CO, CA, HI, MN, MT, PA, TN, WI y WY.



TRIAMCINOLONA, CREMA AL 0.5%

CANTIDAD: 15 G

AFECCIONES DE LA TIROIDES

LEVOTIROXINA 25 MCG
LEVOTIROXINA 50 MCG
LEVOTIROXINA 75 MCG
LEVOTIROXINA 88 MCG
LEVOTIROXINA 100 MCG
LEVOTIROXINA 112 MCG
LEVOTIROXINA 125 MCG
Nuevo LEVOTIROXINA 137 MCG
LEVOTIROXINA 150 MCG
LEVOTIROXINA 175 MCG
LEVOTIROXINA 200 MCG

CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30*
CANTIDAD: 30*

VIRUS

ACICLOVIR 200 MG

CANTIDAD: 30

VITAMINAS Y SALUD NUTRICIONAL

ETHEDENT 0.25 MG, MASTICABLE
ÁCIDO FÓLICO 1 MG
KLOORCON 8 8 MEQ DE
LIBERACIÓN PROLONGADA
KLOORCON 10 10 MEQ DE
LIBERACIÓN PROLONGADA
KLOORCON M10
MAG64 64 MG
ÓXIDO DE MAGNESIO 400 MG
MULTI VITA FL 0.25 MG MASTICABLE
MULTI VITA FL CON HIERRO 0.5
MASTICABLE
MULTI VITA FL 0.5 MG MASTICABLE
MULTI VITA FL 1 MG MASTICABLE
NATALCARE PIC
NATALCARE PLUS
CLORURO DE POTASIO,
LÍQUIDO AL 10%
PRENATAL RX

CANTIDAD: 120*
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 60*
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30*
CANTIDAD: 30*
CANTIDAD: 473ML
CANTIDAD: 30*

SALUD DE LA MUJER

ESTRADIOL 0.5 MG
ESTRADIOL 1 MG
ESTRADIOL 2 MG
ESTROPIPATO 0.75 MG
ESTROPIPATO 1.5 MG
ACETATO DE
MEDROXIPROGESTERONA 2.5 MG

CANTIDAD 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 30
CANTIDAD 30*
CANTIDAD: 30

ACETATO DE
MEDROXIPROGESTERONA 5 MG
ACETATO DE
MEDROXIPROGESTERONA 10 MG

CANTIDAD: 30
CANTIDAD: 10

Hasta un suministro para 30 días en la dosis normalmente indicada para surtir o renovar la receta. Este programa no se encuentra disponible en CA, CO, HI, MN, MT, PA, TN, WI, WY

OTRAS AFECCIONES

GLUCONATO DE CLORHEXIDINA,
SOLUCIÓN AL 0.12% CANTIDAD: 473 ML
ACETATO DE HIDROCORTISONA
25 MG, SUPOSITORIOS CANTIDAD: 12
ISONIAZIDA 300 MG CANTIDAD: 30
LIDOCAÍNA,
SOLUCIÓN VISCOSA AL 2% CANTIDAD: 100 ML
MEGESTROL 20 MG CANTIDAD: 30*
METILPREDNISOLONA 4 MG,
PAQUETE DE DOSIS CANTIDAD: 21
METILPREDNISOLONA 4 MG,
TABLETAS CANTIDAD: 21
OXIBUTININA 5 MG, TABLETAS CANTIDAD: 60
FENAZOPIRIDINA 100 MG CANTIDAD: 6
FENAZOPIRIDINA 200 MG CANTIDAD: 30
PREDNISONA 2.5 MGM, TABLETAS CANTIDAD: 30
PREDNISONA 5 MGM, TABLETAS CANTIDAD: 30
PREDNISONA 5 MG,
PAQUETE DE DOSIS CANTIDAD: 21
PREDNISONA 5 MG,
PAQUETE DE DOSIS CANTIDAD: 48*
PREDNISONA 10 MG, TABLETAS CANTIDAD: 30
PREDNISONA 10 MG,
PAQUETE DE DOSIS CANTIDAD: 21
PREDNISONA 10 MG,
PAQUETE DE DOSIS CANTIDAD: 48*
PREDNISONA 20 MG, TABLETAS CANTIDAD: 30

Los siguientes artículos de planificación familiar se encuentran disponibles por \$9:

Nuevo CLOMIFENO 50 MG CANTIDAD: 5**
Nuevo SPRINTEC PARA 28 DÍAS CANTIDAD: 28**
Nuevo TRI-SPRINTEC PARA 28 DÍAS CANTIDAD: 28**

Las recetas de \$4 son válidas para un suministro de hasta 30 días de un medicamento cubierto en una dosis normalmente recetada para surtir o renovar a \$4 por receta. Su participación en ciertos planes de cobertura de medicamentos de venta con receta médica podría darle el derecho a pagar por algunas recetas aun menos de \$4. Si usted reúne las condiciones, se le cobrará el menor precio aplicable. Este programa no está disponible en North Dakota. Usted puede obtener estos ahorros en medicamentos de venta con receta médica ya sea que usted tenga o no cobertura por medio de su empleo, bajo Medicare o todo otro plan. La lista de medicamentos cubiertos está sujeta a cambios. No todos los medicamentos de venta con receta médica están cubiertos bajo este programa. Sólo las recetas inicialmente surtidas en persona, en una de las farmacias participantes, cumplen los requisitos para el precio de \$4. Las renovaciones deberán ser retiradas en la tienda, pero se pueden ordenar en persona, por Internet o por teléfono. Este programa no está disponible para recetas surtidas por medio de pedidos por correo. Consulte con su farmacéutico de Wal-Mart para obtener mayor información.

Conforme a las disposiciones de las leyes estatales, las recetas señaladas con un asterisco () cuestan más de \$4 en CO, CA, HI, MN, MT, PA, TN, WI y WY. Los clientes de estos estados deben consultar los detalles de los precios con los farmacéuticos de Wal-Mart o Sam's Club.

Conforme a las disposiciones de las leyes estatales, las recetas señaladas con 2 asteriscos () no están cubiertas por este programa en CO, CA, HI, MN, MT, PA, TN, WI y WY.