

Blue Shield Rx Plus (PDP)

Formulario de 2024

(Lista de medicamentos cubiertos)

**ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO INCLUYE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRE ESTE PLAN.**

N.º de identificación del formulario 24329, versión **24**

Este formulario se actualizó el **11/19/2024** . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Rx Plus al **(888) 239-6469** o al **711** para los usuarios del sistema TTY, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, o visite el sitio web **blueshieldca.com/medformulary2024**.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

A53831-1023 (12/24)

MULTIPLAN_23_376A1_C_SP 08152023

11/19/2024

Aviso para los miembros actuales: Este formulario no es igual al del año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía incluye los medicamentos que usted toma.

Cuando en esta lista de medicamentos (formulario) se usan los términos “nosotros” o “nuestro(s)”, se hace referencia a Blue Shield of California. Cuando se usan los términos “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Blue Shield Rx Plus.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) para nuestro plan que es válida desde el **11/19/2024** . Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

Por lo general, debe usar farmacias de la red para obtener acceso a su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el formulario de Blue Shield Rx Plus?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados entre nuestro plan y un equipo de proveedores de atención de la salud. Esta lista representa las terapias de medicamentos recetados, que son una parte necesaria de los programas de tratamiento de calidad. Por lo general, nuestro plan cubre los medicamentos que están en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, se obtenga en una farmacia de la red del plan y se respeten otras reglas del plan. Si necesita más información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, lea su Evidencia de Cobertura.

¿Puede haber cambios en el formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se hacen el 1 de enero, pero nuestro plan puede agregar o quitar medicamentos de la lista durante el año, además de moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar restricciones nuevas. Debemos respetar las reglas de Medicare cuando se hacen estos cambios.

Cambios que pueden afectarlo este año: Durante el año, usted será afectado por los cambios en la cobertura en los siguientes casos:

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Es posible que quitemos de inmediato un medicamento de marca de nuestra lista si lo reemplazamos por un medicamento genérico nuevo que esté en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y que tenga las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el medicamento genérico nuevo, es posible que mantengamos el medicamento de marca en nuestra lista, pero que lo movamos de inmediato a un nivel de costo compartido diferente o que agreguemos restricciones nuevas. Si está tomando ese medicamento de marca, es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero después le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos hecho.

- o Si hacemos un cambio así, usted o el profesional que le hace las recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Cuando le enviemos el aviso, también incluiremos información sobre cómo pedir una excepción. Además, puede encontrar ayuda más adelante en la sección llamada “¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield Rx Plus?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) cree que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante lo retira del mercado, quitaremos de inmediato ese medicamento del formulario y les avisaremos a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los miembros que están tomando medicamentos. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca del formulario. A ese medicamento de marca también podemos agregarle restricciones nuevas o moverlo a un nivel de costo compartido diferente, o las dos cosas. También es posible que hagamos cambios según las pautas clínicas nuevas. Si quitamos medicamentos de nuestro formulario, si le agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado a algún medicamento o si movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos avisarles a los miembros afectados al menos 30 días antes de la fecha de comienzo del cambio o cuando el miembro pida una repetición del medicamento, momento en el que el miembro recibirá un suministro de 30 días de ese medicamento.
 - o Si hacemos estos otros cambios, usted o el profesional que le hace las recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Cuando le enviemos el aviso, también incluiremos información sobre cómo pedir una excepción. Además, puede encontrar ayuda más adelante en la sección llamada “¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield Rx Plus?”.

Cambios que no lo afectarán si está tomando un medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2024 que tenía cobertura a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2024, excepto lo descrito anteriormente. Por lo tanto, estos medicamentos seguirán estando disponibles para los miembros que los toman, con el mismo costo compartido y sin restricciones nuevas durante el resto del año de cobertura. Este año, no recibirá ningún aviso directo sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, esos cambios podrían afectarlo, por lo que es importante que revise la lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto es válido desde el **11/19/2024** . Comuníquese con nosotros para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Nuestra información de contacto aparece en la parte de adelante y de atrás de este documento. Si hacemos algún otro cambio negativo en el formulario durante el año, los cambios se publicarán en nuestro sitio web, en blueshieldca.com/medformulary2024.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos maneras de buscar su medicamento en el formulario:

Por tipo de problema de salud

El formulario empieza en la página 1. Los medicamentos de este formulario están agrupados en diferentes categorías según el tipo de problema de salud que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar enfermedades del corazón se incluyen en la categoría llamada "Cardiovasculares". Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 1. Después, busque el medicamento en esa categoría.

Por orden alfabético

Si no está seguro de la categoría en la que debe buscar su medicamento, revise el índice que empieza en la página 94 . En el índice, encontrará una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento, tanto los de marca como los genéricos. Revise el índice y busque su medicamento. Al lado del nombre del medicamento, verá el número de la página donde se puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que indica el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre medicamentos de marca y genéricos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la FDA porque tienen el mismo principio activo que los medicamentos de marca. Además, los medicamentos genéricos suelen costar menos que los de marca.

¿Hay restricciones en mi cobertura?

Es posible que haya ciertos límites o requisitos adicionales en la cobertura de algunos medicamentos cubiertos. Estos requisitos o límites pueden incluir lo siguiente:

- **Autorización previa:** Nuestro plan exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para algunos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener una aprobación de nuestro plan antes de recibir sus medicamentos recetados. Si no obtiene la aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para algunos medicamentos, nuestro plan pone un límite en la cantidad de medicamento que cubriremos. Por ejemplo, en el caso del *sumatriptán* (la versión genérica de IMITREX), nuestro plan le da 18 comprimidos cada 30 días, además de un suministro estándar de un mes o de tres meses.

- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, nuestro plan exige que primero intente tratar su problema de salud con ciertos medicamentos antes de que cubramos otro medicamento para tratar el problema. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para tratar su problema de salud, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento B, a menos que usted primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá entonces el medicamento B.

Puede ver si hay más límites o requisitos para su medicamento en el formulario que empieza en la página 1. Para obtener más información sobre las restricciones que se aplican a ciertos medicamentos cubiertos, también puede visitar nuestro sitio web. Hemos publicado en Internet documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción con respecto a estos límites o restricciones, o bien puede pedirle una lista de otros medicamentos similares que se puedan usar para tratar su problema de salud. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, lea la sección llamada "¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario del plan?" en la página v.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero deberá comunicarse con Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento tiene cobertura.

Si le informan que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que cubra nuestro plan.
- Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y que cubra su medicamento. Lea lo que sigue para obtener información sobre cómo pedir una excepción.

¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield Rx Plus?

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que usted puede pedirnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, aunque no esté en nuestro formulario. Si se aprueba, ese medicamento será cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de

costo compartido más bajo si ese medicamento no es del nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría lo que tiene que pagar por su medicamento.

- Puede pedirnos que no pongamos límites o restricciones a la cobertura de su medicamento. Por ejemplo, para algunos medicamentos, nuestro plan pone un límite en la cantidad de medicamento que cubriremos. Si hay un límite de cantidad para su medicamento, puede pedirnos que no pongamos ese límite y que cubramos una cantidad mayor.

En términos generales, nuestro plan aprobará su pedido de excepción solamente si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o las restricciones de uso adicionales no son tan eficaces para tratar su problema de salud o le provocan efectos médicos adversos.

Deberá comunicarse con nosotros para pedir que tomemos una decisión de cobertura inicial para obtener una excepción con respecto al formulario, al nivel de medicamentos o a la restricción de uso. **Cuando pida una excepción con respecto al formulario, al nivel de medicamentos o a la restricción de uso, deberá respaldar su pedido mostrando una declaración de su médico o del profesional que le hace las recetas.** Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo del profesional que le hace las recetas. Puede pedir una excepción urgente (rápida) si usted o su médico piensan que esperar hasta 72 horas para que se tome una decisión podría ser muy peligroso para su salud. Si aceptamos su pedido urgente, debemos tomar la decisión en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico o de otro profesional que le haga recetas.

¿Qué tengo que hacer antes de hablar con mi médico sobre cambiar mis medicamentos o pedir una excepción?

Como miembro actual o nuevo de nuestro plan, es posible que tome medicamentos que no estén en nuestro formulario. O bien, es posible que tome un medicamento que sí esté en nuestro formulario, pero su capacidad para obtenerlo sea limitada. Por ejemplo, tal vez necesite que le demos una autorización previa antes de que pueda obtener su medicamento recetado. Debe hablar con su médico para decidir si le conviene cambiar su medicamento por otro apropiado que cubramos o si debe pedir una excepción del formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras deciden qué es lo mejor para usted, es posible que cubramos su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.

Cubriremos un suministro temporal de 30 días si sus medicamentos no están en nuestro formulario o si su capacidad para obtenerlos es limitada. Si su receta indica menos días, le dejaremos pedir repeticiones hasta alcanzar un suministro de 30 días de medicación como máximo. Después de su primer suministro de 30 días, dejaremos de pagar esos medicamentos, aunque aún no hayan pasado los primeros 90 días de su membresía en el plan.

Si usted está en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o su capacidad para obtener medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras pide una excepción del formulario.

Nuestra política de transición se aplica a miembros con problemas de salud estabilizados con:

- Medicamentos de la Parte D que no están en el formulario del plan.
- Medicamentos de la Parte D anteriormente cubiertos por excepción una vez que termina la excepción.
- Medicamentos de la Parte D que están en el formulario del plan y que tienen requisitos de autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad.
- Medicamentos de la Parte D como los anteriores que no se pueden distinguir entre medicamentos recetados nuevos o existentes en el punto de servicio.

Y son miembros que están en alguna de estas situaciones:

- Son miembros nuevos después del período coordinado de elección anual.
- Son miembros elegibles por primera vez y que vienen de otra cobertura al empezar el año del contrato.
- Son personas que cambian de un plan de Blue Shield a otro después de empezar el año del contrato.
- Son miembros que están en centros LTC.
- En algunos casos, son miembros actuales afectados por los cambios en el formulario de un año del plan al siguiente.

Los miembros que sigan con la cobertura en un nuevo año del plan y tengan cambios negativos en el formulario tendrán cobertura continuada de medicamentos seleccionados en el nuevo año del plan, según lo dispuesto por nuestro plan y de acuerdo con la guía de los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) sobre los medicamentos de la Parte D. A los miembros del plan que tomen medicamentos que no se seleccionaron para tener cobertura continuada automática se les brindará un proceso de transición que se ajuste a los requisitos de los nuevos miembros que empiezan un nuevo año del plan. La política de transición se extenderá de un año del plan a otro si un miembro necesita un suministro de transición y se inscribe en un plan que empiece el 1 de noviembre o el 1 de diciembre.

Durante la etapa de transición, los miembros pueden hablar con los profesionales que les hacen las recetas para decidir si deberían cambiar su medicamento por otro que cubramos o pedir una excepción del formulario para obtener la cobertura de ese medicamento, en caso de que no esté en nuestro formulario o tenga restricciones, como requisitos de tratamiento escalonado o de autorización previa. Los miembros pueden comunicarse con

Servicio al Cliente de nuestro plan si quieren recibir ayuda para iniciar un pedido de autorización previa o de excepción. Los formularios para pedir una autorización previa o una excepción están disponibles en nuestro sitio web. También se envían por correo postal, correo electrónico o fax a pedido de los miembros y los profesionales que hacen las recetas.

De acuerdo con nuestra política de transición y junto con las farmacias de la red, para evitar interrupciones en un tratamiento continuo, se brindará un suministro temporal de medicamentos de la Parte D que no estén en el formulario, o de medicamentos que estén en el formulario, pero tengan restricciones de cobertura. Este suministro temporal también brinda suficiente tiempo para que los miembros y los profesionales que les hacen las recetas puedan cambiar el medicamento por otro de igual acción terapéutica que esté en el formulario o puedan completar un pedido de excepción del formulario por necesidad médica. Los pedidos de autorización previa para medicamentos del formulario se evalúan teniendo en cuenta los criterios de cobertura aprobados por CMS, y los pedidos de excepción del formulario se evalúan según la necesidad médica. El proceso de evaluación está a cargo de médicos, farmacéuticos o técnicos en farmacia de Blue Shield. Si se rechaza un pedido de excepción del formulario, le enviaremos al profesional que hace las recetas una lista de alternativas terapéuticas adecuadas. Además, usted recibirá una carta con instrucciones sobre cómo apelar la decisión.

El suministro de transición es un suministro temporal de 30 días del medicamento que no está en el formulario (si la receta es por menos días, cubriremos varias repeticiones hasta alcanzar un total de 30 días de medicamento). El suministro de transición se brinda por única vez y se puede obtener en una farmacia de venta al por menor durante los primeros 90 días de la membresía nueva, que empieza en la fecha de comienzo de su cobertura de nuestro plan. Con un suministro total de 30 días como máximo, se pueden repetir las recetas de transición que se hayan brindado en menor cantidad que la indicada, debido a un cambio en el límite de cantidad del plan por motivos de seguridad o a cambios en el uso del medicamento según las indicaciones de la etiqueta aprobada del producto. Si un cambio negativo en el formulario lo afecta de un año al siguiente, le daremos un suministro temporal de hasta 30 días del medicamento que no está en el formulario, en caso de que necesite una repetición del medicamento durante los primeros 90 días del nuevo año del plan.

Las farmacias LTC y de venta al por menor tienen la capacidad de autorizar, en el punto de venta, la cobertura de un suministro de transición de un medicamento que no esté en el formulario, que requiera autorización previa o que tenga requisitos de tratamiento escalonado, a menos que el medicamento esté sujeto a una revisión para determinar si corresponde a la Parte B o a la Parte D, o se hayan puesto límites para impedir la cobertura de medicamentos que no sean de la Parte D o para fomentar el uso seguro de un medicamento de la Parte D. Cubriremos un suministro de 30 días (si la receta es por menos días, cubriremos varias repeticiones hasta llegar a un total de 30 días de medicamento). En el caso de los miembros elegibles para recibir un subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés), el costo compartido por un suministro temporal de medicamentos brindados en el proceso de transición no superará las cantidades de copago máximo que establece la ley para los miembros elegibles para el LIS. En el caso de los demás miembros

(los que no tengan acceso al LIS), para los medicamentos de la Parte D que no estén en el formulario y se brinden durante el período de transición, aplicaremos el mismo costo compartido que correspondería para los medicamentos no incluidos en el formulario que se aprueben mediante una excepción del formulario; y para los medicamentos del formulario sujetos a cambios en la administración del uso que se brinden durante el período de transición, aplicaremos el mismo costo compartido que correspondería una vez cumplidos los criterios de administración del uso. Después de completar el proceso de excepciones y determinar que las dosis de los medicamentos de la Parte D recetadas originalmente son médicamente necesarias, los miembros no deberán pagar ningún costo compartido adicional por repetir varias veces una receta que indica cantidades menores de medicamentos de la Parte D basadas en límites de cantidad por motivos de seguridad.

Por lo general, después de cubrir el suministro temporal de 30 días, no pagaremos nuevamente estos medicamentos como parte de nuestra política de transición. Después de cubrir el suministro temporal, le enviaremos un aviso por escrito en un plazo de 3 días hábiles después de la fecha en que se haya obtenido el suministro de transición. Este aviso incluirá una explicación sobre la naturaleza temporal del suministro de transición recibido, instrucciones para colaborar con nosotros y el profesional que hace las recetas en la identificación de alternativas terapéuticas adecuadas que estén incluidas en nuestro formulario, una explicación de su derecho a pedir una excepción del formulario y una descripción de los procedimientos para pedir una excepción del formulario. Si se ha brindado un suministro de transición una vez y usted está actualmente en el proceso de recibir una determinación de cobertura, es posible que el suministro de transición inicial de 30 días se extienda por 30 días más, salvo que tenga una receta que indique menos de 30 días. Siempre y cuando su pedido de excepción o su apelación no se hayan procesado al terminar el período de transición mínimo, la extensión del período de transición se determina según el caso y dura hasta el momento en que se hace la transición (si cambia su medicamento por otro medicamento adecuado del formulario o si se toma una decisión sobre un pedido de excepción).

Si usted está en un centro de atención a largo plazo (como un asilo de ancianos), cubriremos los suministros de los medicamentos de la Parte D en incrementos de 14 días o menos para un suministro temporal de 31 días de transición, a menos que la receta sea por menos días, durante los primeros 90 días de inscripción en nuestro plan, que empieza en la fecha de comienzo de su cobertura.

Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a los "medicamentos de la Parte D" que se compran en una farmacia de la red. La política de transición no se puede usar para comprar un medicamento que no sea de la Parte D o un medicamento fuera de la red, a menos que usted califique para tener acceso fuera de la red.

Cómo obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de su plan, lea su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede visitar el sitio web **<http://www.medicare.gov>**.

Formulario del plan

El siguiente formulario brinda información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene algún problema para encontrar su medicamento en la lista, revise el índice que empieza en la página 94 .

En la primera columna del cuadro, se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen con letras mayúsculas (por ejemplo, ELIQUIS), y los medicamentos genéricos aparecen con letras minúsculas y en cursiva (por ejemplo, *amoxicilina*).

La información en la columna de Requisitos/Límites le indica si nuestro plan tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Copagos o coseguros en la Etapa de Cobertura Inicial para los miembros de Blue Shield Rx Plus:

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO
1: Medicamentos genéricos preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$1 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$2 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$9 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$27 de copago
2: Medicamentos genéricos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$14 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$28 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$20 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$60 de copago
3: Medicamentos de marca preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$45 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$90 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$47 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$141 de copago

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO
3: Insulinas cubiertas	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$35 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$90 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$35 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$105 de copago
4: Medicamentos no preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	47 % de coseguro
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	47 % de coseguro
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	50 % de coseguro
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	50 % de coseguro

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO
4: Insulinas cubiertas	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$35 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$105 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$35 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	\$105 de copago
5: Medicamentos de nivel especializado	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red), costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	25 % de coseguro
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red), costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 90 días)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5.

- El costo compartido de los medicamentos que se obtienen en farmacias fuera de la red (suministro de 30 días) es igual al costo compartido estándar al por menor dentro de la red (suministro de 30 días).
- El costo compartido de los medicamentos del Nivel 1 al 5 que se obtienen en farmacias de atención a largo plazo de la red (suministro de 31 días) es igual al costo compartido estándar al por menor dentro de la red (suministro de 30 días).

REFERENCIAS

NIVEL	NOMBRE	
1	Medicamentos genéricos preferidos	
2	Medicamentos genéricos	
3	Medicamentos de marca preferidos	
3	Insulinas cubiertas	
4	Medicamentos no preferidos	
4	Insulinas cubiertas	
5	Medicamentos de nivel especializado	

SIGLA	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
LA	Acceso limitado (<i>Limited Access</i>)	Es posible que este medicamento recetado esté disponible solamente en ciertas farmacias. Para obtener más información, lea su directorio de farmacias o llame a Servicio al Cliente.
PA	Autorización previa (<i>Prior Authorization</i>)	La cobertura de este medicamento recetado requiere autorización previa de Blue Shield. Comuníquese con Blue Shield para brindar la información necesaria para determinar la cobertura. Es posible que haya que determinar si algunos medicamentos corresponden a la cobertura de la Parte B o la Parte D, según las reglas de cobertura de Medicare. Estos medicamentos se indican con la frase "PA: Determinación de Parte B vs. Parte D".
QL	Límite de cantidad (<i>Quantity Limit</i>)	Este medicamento tiene un límite de dosis o de cantidad recetada. Los límites máximos de dosis diarias están definidos por la FDA y están en el prospecto del medicamento. Otros límites de cantidad recomiendan dosis consolidadas cuando es posible.
ST	Tratamiento escalonado (<i>Step Therapy</i>)	La cobertura de este medicamento recetado se brinda cuando ya se han probado tratamientos con otros medicamentos de primera línea o preferidos (tratamiento escalonado).
NDS	Suministro sin extensión (<i>Non-Extended Day Supply</i>)	El medicamento NO está disponible para un suministro a largo plazo.

SIGLA	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
INS	Insulina cubierta (<i>Covered Insulin</i>)	No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que esté, incluso si no ha pagado su deducible.
VAC	Vacunas por \$0 (<i>\$0 Vaccine</i>)	Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, sin ningún costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicio al Cliente si necesita más información.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
------------------------	-------	--------------------

ANALGÉSICOS

ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA

<i>acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)</i>	NIVEL 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 10-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 7.5-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>fentanyl citrate (400 mcg loz handle, 600 mcg loz handle, 800 mcg loz handle, 1200 mcg loz handle, 1600 mcg loz handle)</i>	NIVEL 5	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>fentanyl citrate 200 mcg loz handle</i>	NIVEL 4	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl 1 mg/ml liquid</i>	NIVEL 4	QL (675 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (concentrate) ((concentrate) 20 mg/ml solution, (concentrate) 100 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 3	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml solution</i>	NIVEL 3	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 20 mg/5ml solution</i>	NIVEL 3	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 20 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i>	NIVEL 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA

<i>fentanyl (12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr, 100 mcg/hr patch 72hr)</i>	NIVEL 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	PA, NDS
<i>methadone hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 5 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er (er 60 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	NIVEL 3	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	NIVEL 3	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES

BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE 50-325-40 MG TAB	NIVEL 2	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>cataflam 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>celecoxib (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium 1 % gel</i>	NIVEL 3	
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ec-naproxen 375 mg tab dr</i>	NIVEL 2	
<i>ec-naproxen 500 mg tab dr</i>	NIVEL 4	
<i>etodolac er (er 400 mg tab er 24h, er 500 mg tab er 24h, er 600 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	
FLURBIPROFEN (50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>meloxicam (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 375 mg tab dr, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>naproxen 500 mg tab dr</i>	NIVEL 4	
<i>naproxen dr 500 mg tab dr</i>	NIVEL 4	
<i>relafen (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	

ANESTÉSICOS

ANESTÉSICOS LOCALES

<i>lidocaine 5 % ointment</i>	NIVEL 4	QL (50 PER 30 OVER TIME)
<i>lidocaine 5 % patch</i>	NIVEL 4	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
LIDOCAINE HCL 4 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>lidocan 5 % patch</i>	NIVEL 4	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (10 PER 30 OVER TIME)
<i>premium lidocaine 5 % ointment</i>	NIVEL 4	QL (50 PER 30 OVER TIME)

ANSIOLÍTICOS

ANSIOLÍTICOS, OTROS

<i>buspirone hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>meprobamate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BENZODIACEPINAS		
<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 0.5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab disp</i>	NIVEL 4	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab disp</i>	NIVEL 4	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 10 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 0.5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 1 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)

ANTIADICTIVOS/TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS, MEDICAMENTOS PARA EL

ANTITABACO, MEDICAMENTOS

<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
<i>varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk</i>	NIVEL 4	QL (53 PER 30 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DEPENDENCIA A OPIOIDES		
<i>buprenorphine hcl 2 mg sl tab</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl 8 mg sl tab</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (-naloxone 2-0.5 mg film, -naloxone 4-1 mg film)</i>	NIVEL 4	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 12-3 mg film</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 2-0.5 mg sl tab</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 8-2 mg film</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 8-2 mg sl tab</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN		
<i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>	NIVEL 4	
<i>disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
REVERTIDORES OPIOIDEOS		
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml soln prsy, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsy, 4 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>naloxone hcl 4 mg/0.1ml liquid</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
ANTIBACTERIANOS		
AMINOGLUCÓSIDOS		
<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 40 mg/ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>gentamicin sulfate 0.1 % ointment</i>	NIVEL 2	
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>paromomycin sulfate 250 mg cap</i>	NIVEL 4	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	NIVEL 4	
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 2 gm/50ml solution, 10 mg/ml solution, 80 mg/2ml solution)</i>	NIVEL 4	
ANTIBACTERIANOS, OTROS		
<i>acetic acid 2 % solution</i>	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>clindacin etz 1 % swab</i>	NIVEL 2	
<i>clindacin-p 1 % swab</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin hcl (75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>clindamycin phosphate (2 % cream, 9 gm/60ml solution, 300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 900 mg/6ml solution, 9000 mg/60ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>clindamycin phosphate 1 % swab</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)</i>	NIVEL 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	NIVEL 4	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 5	
<i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>	NIVEL 5	PA
<i>linezolid 600 mg tab</i>	NIVEL 4	PA
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	NIVEL 4	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	NIVEL 5	
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	NIVEL 4	
<i>metronidazole (0.75 % cream, 500 mg/100ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (50 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	NIVEL 3	
<i>rosadan 0.75 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>rosadan 0.75 % gel</i>	NIVEL 2	
SYNERCID 150-350 MG RECON SOLN	NIVEL 5	
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	NIVEL 5	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>trimethoprim 100 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 1.75 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 125 mg cap, 250 mg cap, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
VANDAZOLE 0.75 % GEL	NIVEL 3	
XIFAXAN 200 MG TAB	NIVEL 4	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)

BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS

CEFACLOR (250 MG CAP, 500 MG CAP)	NIVEL 3	
<i>cefadroxil (250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)</i>	NIVEL 3	
<i>cefadroxil 500 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>cefazolin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 300 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)</i>	NIVEL 4	
<i>cefdinir 300 mg cap</i>	NIVEL 2	
CEFEPIME HCL (1 GM RECON SOLN, 1 GM/50ML SOLUTION, 2 GM RECON SOLN, 2 GM/100ML SOLUTION)	NIVEL 4	
<i>cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)</i>	NIVEL 4	
CEFOTAXIME SODIUM (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	
<i>cefotetan disodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cefroxitin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cefpodoxime proxetil (50 mg/5ml recon susp, 100 mg tab, 100 mg/5ml recon susp, 200 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)</i>	NIVEL 4	
<i>cefprozil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>ceftazidime (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 6 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)</i>	NIVEL 3	
<i>cephalexin (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 2	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	

BETALACTÁMICOS, PENICILINAS

<i>amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)</i>	NIVEL 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE (200-28.5 MG CHEW TAB, 400-57 MG CHEW TAB)	NIVEL 4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg/5ml recon susp, 600-42.9 mg/5ml recon susp)</i>	NIVEL 3	
<i>amoxicillin-pot clavulanate (250-125 mg tab, 500-125 mg tab, 875-125 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>ampicillin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
BICILLIN L-A (600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR)	NIVEL 4	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>naftillin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>naftillin sodium 10 gm recon soln</i>	NIVEL 5	
<i>penicillin g potassium (5000000 recon soln, 20000000 recon soln)</i>	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	NIVEL 4	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
PFIZERPEN (5000000 RECON SOLN, 20000000 RECON SOLN)	NIVEL 4	
<i>piperacillin sod-tazobactam so (d-tazobactam 2.25 (2-0.25) gm recon ln, d-tazobactam 3-0.375 gm recon ln, d-tazobactam 3.375 (3-0.375) gm recon ln, d-tazobactam 4-0.5 gm recon ln, d-tazobactam 4.5 (4-0.5) gm recon ln, d-tazobactam 13.5 (12-1.5) gm recon ln, d-tazobactam 40.5 (36-4.5) gm recon ln)</i>	NIVEL 4	

CARBAPENÉMICOS

<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	NIVEL 4	

MACRÓLIDOS

<i>azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>azithromycin (250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i>	NIVEL 2	
AZITHROMYCIN 1 GM PACKET	NIVEL 3	
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	NIVEL 4	
<i>clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>clarithromycin er 500 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	
DIFICID 200 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
E.E.S. 400 400 MG TAB	NIVEL 4	
<i>erythrocin lactobionate 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin base (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE 400 MG TAB	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
QUINOLONAS		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	NIVEL 3	
<i>ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%) recon susp, 500 mg/5ml (10%) recon susp)</i>	NIVEL 4	
<i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
CIPROFLOXACIN HCL 100 MG TAB	NIVEL 4	
<i>ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	NIVEL 4	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ofloxacin (300 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	

SULFONAMIDAS

<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>	NIVEL 4	
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 800-160 mg/20ml suspension)</i>	NIVEL 3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (400-80 mg tab, 800-160 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	

TETRACICLINAS

<i>avidoxy 100 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>doxy 100 100 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>doxycycline monohydrate (50 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>doxycycline monohydrate (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>minocycline hcl (50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>mondoxyne nl 100 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>morgidox 100 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 4	

ANTICONVULSIVOS

ANTICONVULSIVOS, OTROS

BRIVIACT (10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	ST, QL (20 PER 1 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<i>divalproex sodium er (er 250 mg tab er 24h, er 500 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 3	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>	NIVEL 4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FYCOMPA (4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (24 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 2 MG TAB	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>lamotrigine (5 mg chew tab, 25 mg chew tab)</i>	NIVEL 3	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab, 1000 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i>	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i>	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>roweepra (500 mg tab, 750 mg tab, 1000 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>roweepra xr 500 mg tab er 24h</i>	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>roweepra xr 750 mg tab er 24h</i>	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>subvenite (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink)</i>	NIVEL 3	
<i>topiramate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 2	
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) (MG DOSE) 50 200 MG TAB THPK, (MG DOSE) 100 150 MG TAB THPK)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (COPRI 14 150 MG 14 200 MG TAB THPK, COPRI 14 50 MG 14 100 MG TAB THPK)	NIVEL 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	LA, QL (36 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

AUMENTANTES DEL ÁCIDO GAMMAAMINO BUTÍRICO (GABA)

<i>clobazam 10 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	NIVEL 4	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>clobazam 20 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>diazepam 10 mg gel</i>	NIVEL 4	QL (20 PER 30 OVER TIME)
DIAZEPAM 2.5 MG GEL	NIVEL 4	QL (5 PER 30 OVER TIME)
<i>diazepam 20 mg gel</i>	NIVEL 4	QL (40 PER 30 OVER TIME)
<i>gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)</i>	NIVEL 3	QL (72 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
LIBERVANT (5 MG FILM, 7.5 MG FILM, 10 MG FILM, 12.5 MG FILM, 15 MG FILM)	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>phenobarbital (15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>primidone (50 mg tab, 125 mg tab, 250 mg tab)</i>	NIVEL 2	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tiagabine hcl (2 mg tab, 4 mg tab, 12 mg tab, 16 mg tab)</i>	NIVEL 4	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 5	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 15 MG DOSE 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	NIVEL 4	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 20 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQD THPK	NIVEL 5	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 5	QL (10 PER 30 OVER TIME)
<i>vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i>	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (750 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	--------------	---------------------------

CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS

APTIOM (200 MG TAB, 400 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
APTIOM (600 MG TAB, 800 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>carbamazepine (100 mg chew tab, 200 mg chew tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>carbamazepine (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)</i>	NIVEL 4	
<i>carbamazepine er (er 100 mg cap er 12h, er 100 mg tab er 12h, er 200 mg cap er 12h, er 200 mg tab er 12h, er 300 mg cap er 12h, er 400 mg tab er 12h)</i>	NIVEL 4	
<i>epitol 200 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 50 mg/5ml solution, 100 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 4	
<i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin (50 mg chew tab, 100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	NIVEL 4	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	NIVEL 5	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	NIVEL 4	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	
<i>zonisamide (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 2	

MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

<i>ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>methsuximide 300 mg cap</i>	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
------------------------	-------	--------------------

ANTIDEMENCIALES

ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA)

<i>memantine hcl (2 mg/ml solution, 10 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>memantine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>memantine hcl 28 x 5 mg & 21 x 10 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>memantine hcl er (er 7 mg cap er 24h, er 14 mg cap er 24h, er 21 mg cap er 24h, er 28 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 4	

INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

<i>donepezil hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i>	NIVEL 2	
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i>	NIVEL 2	
<i>galantamine hydrobromide (4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab, 12 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er 24h, er 16 mg cap er 24h, er 24 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>	NIVEL 3	

ANTIDEPRESIVOS

ANTIDEPRESIVOS, OTROS

<i>AUVELITY 45-105 MG TAB ER</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LYBALVI (5-10 MG TAB, 10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MAPROTILINE HCL (25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB)	NIVEL 4	
<i>mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab disp)</i>	NIVEL 3	
<i>mirtazapine (7.5 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	NIVEL 2	
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	NIVEL 5	QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	NIVEL 5	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA

EMSAM (6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN 10 MG TAB	NIVEL 4	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	NIVEL 4	

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)/INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (SNRI)

<i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>citalopram hydrobromide 10 mg/5ml solution</i>	NIVEL 3	
<i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg tab er 24h, er 50 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	
FETZIMA (20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H, 120 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	NIVEL 4	QL (28 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 20 mg/5ml solution, 40 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)	NIVEL 4	
<i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>paroxetine hcl 10 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>sertraline hcl (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	NIVEL 4	
<i>trazodone hcl (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 2	
TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap er 24h, er 150 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
VIIIBRYD STARTER PACK 10 & 20 MG KIT	NIVEL 4	ST, QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)

TRICÍCLICOS

<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>amoxapine (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>desipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>doxepin hcl (10 mg cap, 10 mg/ml conc, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>protriptyline hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIEMÉTICOS

ANTIEMÉTICOS, OTROS

<i>compro 25 mg suppos</i>	NIVEL 4	
<i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>medi-meclizine 25 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>metoclopramide hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metoclopramide hcl (5 mg/5ml solution, 5 mg/ml solution, 10 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>perphenazine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>	NIVEL 4	
<i>prochlorperazine maleate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	NIVEL 4	

COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGENICA

<i>aprepitant (80 & 125 mg cap, 80 & 125 mg misc, 80 mg cap, 125 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 30 OVER TIME)
<i>dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>granisetron hcl (1 mg/ml solution, 4 mg/4ml solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 4 mg tab disp</i>	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 8 mg tab disp</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	NIVEL 2	QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIESPÁSTICOS

<i>baclofen 10 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 15 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 20 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (16 PER 1 DAYS)
<i>dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 2	

ANTIFÚNGICOS

ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>caspofungin acetate 50 mg recon soln</i>	NIVEL 5	PA
<i>caspofungin acetate 70 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	NIVEL 3	
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution)</i>	NIVEL 2	
<i>clotrimazole 10 mg troche</i>	NIVEL 4	
<i>fluconazole (10 mg/ml recon susp, 40 mg/ml recon susp)</i>	NIVEL 3	
<i>fluconazole (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)</i>	NIVEL 4	
<i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 5	
<i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	NIVEL 4	
<i>ketoconazole (2 % shampoo, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ketoconazole 2 % cream</i>	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	NIVEL 2	
<i>micafungin sodium (50 mg recon soln, 100 mg recon soln)</i>	NIVEL 5	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	NIVEL 3	
<i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>	NIVEL 2	
<i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/gm powder, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i>	NIVEL 2	
<i>nystop 100000 unit/gm powder</i>	NIVEL 2	
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>posaconazole 40 mg/ml suspension</i>	NIVEL 5	PA
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)</i>	NIVEL 3	
<i>terconazole 80 mg suppos</i>	NIVEL 4	
<i>voriconazole (40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA
<i>voriconazole 200 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIGOTOSOS

<i>allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>probenecid 500 mg tab</i>	NIVEL 3	

ANTIJAQUECOSOS

AGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA (5-HT)

<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)</i>	NIVEL 3	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan (5 mg/act solution, 20 mg/act solution)</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln prsyr, 6 mg/0.5ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate refill (4 mg/0.5ml soln cart, 6 mg/0.5ml soln cart)</i>	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ALCALOIDES DE ERGOTAMINA		
<i>dihydroergotamine mesylate 1 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	PA
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOS	NIVEL 4	QL (20 PER 30 OVER TIME)
ANTIJAQUECOSOS, OTROS		
NURTEC 75 MG TAB DISP	NIVEL 5	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)
UBRELVY (50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)
PROFILÁCTICOS		
AIMOVIG (70 MG/ML SOLN A-INJ, 140 MG/ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>timolol maleate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 4	
ANTIMIASTÉNICOS		
PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
GUANIDINE HCL 125 MG TAB	NIVEL 3	
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	NIVEL 3	
ANTIMICOBACTERIANOS		
ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS		
<i>dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	NIVEL 4	
ANTITUBERCULOSOS		
<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>isoniazid (50 mg/5ml syrup, 100 mg/ml solution)</i>	NIVEL 4	
PASER 4 GM PACKET	NIVEL 4	
PRIFTIN 150 MG TAB	NIVEL 4	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
RIFATER 50-120-300 MG TAB	NIVEL 4	
SIRTURO (20 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	PA
TRECTOR 250 MG TAB	NIVEL 4	

ANTINEOPLÁSICOS

ALQUILANTES

CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
GLEOSTINE (40 MG CAP, 100 MG CAP)	NIVEL 5	
GLEOSTINE 10 MG CAP	NIVEL 4	
LEUKERAN 2 MG TAB	NIVEL 4	
MATULANE 50 MG CAP	NIVEL 5	LA
<i>thiotepa (15 mg recon soln, 100 mg recon soln)</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VALCHLOR 0.016 % GEL	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIANDRÓGENOS

<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
ERLEADA 240 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>flutamide 125 mg cap</i>	NIVEL 3	
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI (40 MG CAP, 40 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIANGIOGÉNICOS		
<i>lenalidomide (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap)</i>	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVLIMID (2.5 MG CAP, 5 MG CAP, 10 MG CAP, 15 MG CAP, 20 MG CAP, 25 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (50 MG CAP, 100 MG CAP)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES		
EMCYT 140 MG CAP	NIVEL 4	
<i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	NIVEL 4	
ANTIMETABOLITOS		
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	NIVEL 3	
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	NIVEL 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (5 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	NIVEL 4	
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	NIVEL 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	NIVEL 4	
ANTINEOPLÁSICOS, OTROS		
AKEEGA (50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 40 MG CAP	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BRUKINSA 80 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EXKIVITY 40 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (49 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (70 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (91 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>leucovorin calcium (15 mg tab, 25 mg tab, 100 mg recon soln, 350 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (100 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (80 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 240 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	NIVEL 5	
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	NIVEL 5	QL (3 PER 21 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
OGSIVEO 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	QL (14 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (80 MG TAB, 120 MG TAB, 160 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG CAP	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 80 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	NIVEL 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (20 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (16 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (12 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (16 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (32 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO

<i>mesna 100 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
MESNEX 400 MG TAB	NIVEL 5	
VONJO 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

INHIBIDORES DE ENZIMAS

LAZCLUZE 240 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 5	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	NIVEL 5	LA, QL (64 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN

<i>anastrozole 1 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>exemestane 25 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ALECENSA 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	NIVEL 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (56 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
COTELLIC 20 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (63 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib 20 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib 50 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (75 MG CAP, 75 MG TAB, 100 MG CAP, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (70 MG CAP, 280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 140 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (42 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (63 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LORBRENA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (112 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (140 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	NIVEL 5	LA, QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SCEMBLIX 20 MG TAB	NIVEL 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	NIVEL 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL (100 MG TAB, 140 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL (70 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL 20 MG TAB	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL 50 MG TAB	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	NIVEL 5	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 25 mg cap</i>	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSE (40 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TASIGNA (50 MG CAP, 150 MG CAP, 200 MG CAP)	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (50 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO (125 MG CAP, 200 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
UKONIQ 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	NIVEL 3	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 50 MG CAP SPRINK, 200 MG CAP, 250 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
RETINOIDES		
<i>bexarotene 1 % gel</i>	NIVEL 5	QL (60 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	NIVEL 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	NIVEL 5	

ANTIPARASITARIOS

ANTIHELMÍNTICOS

<i>albendazole 200 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (16 PER 365 OVER TIME)
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	NIVEL 3	

ANTIPROTOZOICOS

<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 4	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)</i>	NIVEL 3	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	NIVEL 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	NIVEL 4	QL (720 PER 365 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (50 PER 30 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate 500 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (25 PER 30 OVER TIME)
COARTEM 20-120 MG TAB	NIVEL 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
<i>hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	NIVEL 5	PA
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (6 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
------------------------	-------	--------------------

ANTIPARKINSONIANOS

AGONISTAS DE LA DOPAMINA

<i>apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart</i>	NIVEL 5	PA
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	NIVEL 4	
NEUPRO (1 MG/24HR PATCH 24HR, 2 MG/24HR PATCH 24HR, 3 MG/24HR PATCH 24HR, 4 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 8 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	

ANTICOLINÉRGICOS

<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>benztropine mesylate 1 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	

ANTIPARKINSONIANOS, OTROS

<i>amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>amantadine hcl 100 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (8 PER 1 DAYS)

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)

<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	NIVEL 3	

PRECURSORES DE LA DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA L-AMINOÁCIDO DESCARBOXILASA

<i>carbidopa 25 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 mg tab er, er 50-200 mg tab er)</i>	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
------------------------	-------	--------------------

ANTIPSICÓTICOS

PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS

<i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 25 mg/ml solution, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 50 mg/2ml solution, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
FLUPHENAZINE HCL (1 MG TAB, 2.5 MG TAB, 2.5 MG/5ML ELIXIR, 2.5 MG/ML SOLUTION, 5 MG TAB, 5 MG/ML CONC, 10 MG TAB)	NIVEL 4	
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>haloperidol decanoate (50 mg/ml solution, 100 mg/ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>loxapine succinate (5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	NIVEL 4	QL (8 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (9 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
PIMOZIDE (1 MG TAB, 2 MG TAB)	NIVEL 4	
<i>thioridazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 3	

RESISTENTES AL TRATAMIENTO

<i>clozapine (12.5 mg tab disp, 25 mg tab disp, 100 mg tab, 100 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>clozapine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>clozapine 200 mg tab disp</i>	NIVEL 5	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (18 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS		
ABILIFY ASIMTUFII (720 MG/2.4ML PRSYR, 960 MG/3.2ML PRSYR)	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
ABILIFY MANTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole (5 mg tab, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	QL (25 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 2 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
ARISTADA (441 MG/1.6ML PRSYR, 662 MG/2.4ML PRSYR, 882 MG/3.2ML PRSYR, 1064 MG/3.9ML PRSYR)	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR	NIVEL 5	QL (2.4 PER 42 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>asenapine maleate (2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab, 10 mg sl tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.75 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.5 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	QL (0.25 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.5 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lurasidone hcl (80 mg tab, 120 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>olanzapine (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>olanzapine (5 mg tab disp, 10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tab er 24h, er 3 mg tab er 24h, er 9 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (90 MG PRSYR, 120 MG PRSYR)	NIVEL 5	QL (1 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>quetiapine fumarate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 2	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 1 mg/ml solution, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<i>risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>risperidone microspheres er (er 25 mg, er 37.5 mg, er 50 mg)</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risperidone microspheres er 12.5 mg srer</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	NIVEL 4	QL (7 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIVÍRICOS

ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)

PREVYMIS 240 MG TAB	NIVEL 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)
PREVYMIS 480 MG TAB	NIVEL 5	QL (100 PER 365 OVER TIME)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	NIVEL 5	QL (18 PER 1 DAYS)
ZIRGAN 0.15 % GEL	NIVEL 4	QL (5 PER 30 OVER TIME)

ANTIGRIPALES

<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	NIVEL 4	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	NIVEL 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) (OFLUZA MG DOSE) 1 40 MG TAB THPK, (OFLUZA MG DOSE) 2 20 MG TAB THPK)	NIVEL 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 2 X 40 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)

ANTIHEPATÍICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)

<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (21 PER 1 DAYS)
<i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	NIVEL 3	

ANTIHEPÁTICOS CONTRA LA HEPATITIS C

EPCLUSA (150-37.5 MG PACKET, 200-50 MG TAB, 400-100 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
---	---------	-----------------------

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
EPCLUSA 200-50 MG PACKET	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
HARVONI (33.75-150 MG PACKET, 45-200 MG TAB, 90-400 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
HARVONI 45-200 MG PACKET	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 90-400 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
MAVYRET 100-40 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>ribavirin (200 mg cap, 200 mg tab)</i>	NIVEL 3	
SOFOBUVIR-VELPATASVIR 400-100 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

ANTIHERPÉTICOS

<i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>acyclovir 200 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 4	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
TRIFLURIDINE 1% SOLUTION	NIVEL 3	
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 3	

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)

BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY 10 MG TAB	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
------------------------	-------	--------------------

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA

APTIVUS 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (10 PER 1 DAYS)
APTIVUS 250 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
CRIXIVAN 200 MG CAP	NIVEL 3	QL (9 PER 1 DAYS)
CRIXIVAN 400 MG CAP	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (56 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	QL (13 PER 1 DAYS)
NORVIR (100 MG CAP, 100 MG PACKET)	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (15 PER 1 DAYS)
PREZCOBIX 800-150 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	NIVEL 5	QL (10 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	NIVEL 5	QL (9 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NO NUCLEOSÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NNRTI)

COMPLERA 200-25-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT 25 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 200 MG CAP	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 50 MG CAP	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 100 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 200 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER 100 MG TAB ER 24H	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NUCLEOSÍDICOS Y NUCLEOTÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NRTI)

<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DIDANOSINE (200 MG CAP DR, 250 MG CAP DR, 400 MG CAP DR)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df 200-300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>stavudine (15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TEMIXYS 300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	NIVEL 4	QL (240 PER 30 OVER TIME)
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 1 DAYS)

ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS

CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	NIVEL 5	QL (4 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	NIVEL 5	QL (6 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
FUZEON 90 MG RECON SOLN	NIVEL 5	QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>maraviroc 150 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (60 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TAB	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TAB	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

BIPOLARES

ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO

<i>lithium 8 meq/5ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)</i>	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>lithium carbonate er (er 300 mg tab er, er 450 mg tab er)</i>	NIVEL 2	
BUCODENTALES		
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	NIVEL 2	
KEPIVANCE 6.25 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	NIVEL 3	
<i>oralone 0.1 % paste</i>	NIVEL 3	
<i>paroex 0.12 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>periogard 0.12 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	NIVEL 3	
CARDIOVASCULARES		
AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA		
<i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>	NIVEL 4	
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (252 PER 90 OVER TIME)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME)
<i>droxidopa 300 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>methyldopa (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>midodrine hcl 10 mg tab</i>	NIVEL 4	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	NIVEL 4	
EPROSARTAN MESYLATE 600 MG TAB	NIVEL 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>irbesartan (75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>valsartan (40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab)</i>	NIVEL 2	

ANTIARRÍTMICOS

<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>pacerone 200 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sorine (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sotalol hcl (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sotalol hcl (af) ((af) 80 mg tab, (af) 120 mg tab, (af) 160 mg tab)</i>	NIVEL 2	

BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA

<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>terazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	NIVEL 2	

BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

<i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>atenolol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>carvedilol (3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>metoprolol succinate er (er 25 mg tab er 24h, er 50 mg tab er 24h, er 100 mg tab er 24h, er 200 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>metoprolol tartrate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>propranolol hcl er (er 60 mg cap er 24h, er 80 mg cap er 24h, er 120 mg cap er 24h, er 160 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 4	

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS

<i>amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>felodipine er (er 2.5 mg tab er 24h, er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 3	
<i>nifedipine er (er 30 mg tab er 24h, er 60 mg tab er 24h, er 90 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	
<i>nifedipine er osmotic release (er 30 mg tab er 24h, er 60 mg tab er 24h, er 90 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	NIVEL 4	
NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (1260 PER 21 OVER TIME)

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS

<i>cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>cartia xt 300 mg cap er 24h</i>	NIVEL 4	
<i>dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 4	
<i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>diltiazem hcl er (er 60 mg cap er 12h, er 90 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 12h)</i>	NIVEL 4	
<i>diltiazem hcl er beads 420 mg cap er 24h</i>	NIVEL 4	
<i>taztia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>taztia xt (300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 4	
<i>tiadylt er (er 120 mg cap er 24h, er 180 mg cap er 24h, er 240 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>tiadylt er (er 300 mg cap er 24h, er 360 mg cap er 24h, er 420 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 4	
<i>verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)</i>	NIVEL 2	
VERAPAMIL HCL ER (ER 100 MG CAP ER 24H, ER 120 MG CAP ER 24H, ER 180 MG CAP ER 24H, ER 200 MG CAP ER 24H, ER 240 MG CAP ER 24H, ER 300 MG CAP ER 24H, ER 360 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	
<i>verapamil hcl er (er 120 mg tab er, er 180 mg tab er, er 240 mg tab er)</i>	NIVEL 2	

CARDIOVASCULARES, OTROS

<i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA
<i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl (2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap, 10-20 mg cap, 10-40 mg cap)</i>	NIVEL 1	
<i>amlodipine besylate-valsartan (5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>amlodipine-valsartan-hctz (5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab, 10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	NIVEL 4	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	NIVEL 2	
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
ENTRESTO (24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ENTRESTO (6-6 MG CAP SPRINK, 15-16 MG CAP SPRINK)	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>losartan potassium-hctz (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>metyrosine 250 mg cap</i>	NIVEL 5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	NIVEL 2	
PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB)	NIVEL 3	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ranolazine er (er 500 mg tab er 12h, er 1000 mg tab er 12h)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>triamterene-hctz 37.5-25 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO

<i>fenofibrate (48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap, 134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>fenofibrate 200 mg cap</i>	NIVEL 3	
<i>fenofibrate micronized (43 mg cap, 130 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>fenofibrate micronized (67 mg cap, 134 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>fenofibric acid (45 mg cap dr, 135 mg cap dr)</i>	NIVEL 3	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	NIVEL 2	

DISLIPIDÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HIDROXIMETILGLUTARIL-COENZIMA A (HMG-COA) REDUCTASA

<i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>simvastatin (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	

DISLIPIDÉMICOS, OTROS

<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	NIVEL 3	
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	NIVEL 3	
<i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)</i>	NIVEL 4	
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	NIVEL 3	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>icosapent ethyl 0.5 gm cap</i>	NIVEL 4	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>icosapent ethyl 1 gm cap</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) (er (antihyperlipidemic) 750 mg tab er, er (antihyperlipidemic) 1000 mg tab er)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	NIVEL 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	NIVEL 3	PA, QL (3.5 PER 28 OVER TIME)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)

DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO

<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	

DIURÉTICOS, ASA

<i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>bumetanide 0.25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>furosemide (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION	NIVEL 2	
<i>torseamide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	

DIURÉTICOS, TIAZIDAS

<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	--------------	---------------------------

INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)

<i>benazepril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>captopril (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>quinapril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ramipril (1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	NIVEL 1	
<i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 2	

VASODILADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA

<i>hydralazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>minoxidil (2.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	

VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS

<i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>isosorbide mononitrate er (er 30 mg tab er 24h, er 60 mg tab er 24h, er 120 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>minitran (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	NIVEL 3	
NITRO-BID 2 % OINTMENT	NIVEL 3	
<i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 OVER TIME)
NITROSTAT (0.3 MG SL TAB, 0.4 MG SL TAB, 0.6 MG SL TAB)	NIVEL 4	

DERMATOLÓGICOS

ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

<i>acutane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>avita 0.025 % cream</i>	NIVEL 4	PA
<i>avita 0.025 % gel</i>	NIVEL 3	PA
<i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>myorisan (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>tazarotene (0.05 % cream, 0.1 % cream)</i>	NIVEL 4	
TAZORAC 0.05 % CREAM	NIVEL 4	
<i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % gel)</i>	NIVEL 3	PA
<i>tretinoin (0.025 % cream, 0.05 % cream, 0.1 % cream)</i>	NIVEL 4	PA
<i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	

ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS

<i>ciclodan 8 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate (1 % gel, 1 % lotion)</i>	NIVEL 4	
<i>clindamycin phosphate 1 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>erythromycin 2 % gel</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	NIVEL 2	
SULFAMYLON 85 MG/GM CREAM	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
------------------------	-------	--------------------

DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

<i>ala-cort (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	NIVEL 2	
<i>alclometasone dipropionate 0.05 % ointment</i>	NIVEL 3	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion)</i>	NIVEL 3	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>desoximetasone (0.25 % cream, 0.25 % ointment)</i>	NIVEL 4	
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	NIVEL 3	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	NIVEL 2	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 3	QL (200 PER 28 OVER TIME)
<i>hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone (perianal) ((perianal) 1 % cream, (perianal) 2.5 % cream)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone valerate 0.2 % cream</i>	NIVEL 4	ST
<i>mometasone furoate 0.1 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>procto-pak 1 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>	NIVEL 2	
<i>tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)</i>	NIVEL 4	QL (100 PER 30 OVER TIME)
<i>triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)</i>	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>triamcinolone acetonide 0.025 % lotion</i>	NIVEL 3	
<i>triderm (0.1 % cream, 0.5 % cream)</i>	NIVEL 2	

DERMATOLÓGICOS, OTROS

<i>calcipotriene (0.005 % ointment, 0.005 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>calcipotriene 0.005 % cream</i>	NIVEL 3	
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	NIVEL 4	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)</i>	NIVEL 3	
<i>fluorouracil 5 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>imiquimod 5 % cream</i>	NIVEL 4	QL (24 PER 30 OVER TIME)
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>podofilox 0.5 % solution</i>	NIVEL 3	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	QL (180 PER 30 OVER TIME)
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	NIVEL 2	
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
<i>ssd 1 % cream</i>	NIVEL 2	
STELARA 130 MG/26ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (104 PER 365 OVER TIME)
TOLAK 4 % CREAM	NIVEL 4	

PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS

<i>malathion 0.5 % lotion</i>	NIVEL 4	
<i>permethrin 5 % cream</i>	NIVEL 3	

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES

<i>clovique 250 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)</i>	NIVEL 5	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	NIVEL 3	
<i>trientine hcl 250 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)

QUELANTES DE FOSFATO

<i>calcium acetate (phos binder) 667 mg cap</i>	NIVEL 2	
---	---------	--

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>calcium acetate (phos binder) 667 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>calcium acetate 667 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	NIVEL 4	

QUELANTES DE POTASIO

<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	NIVEL 4	
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	NIVEL 3	
<i>sodium polystyrene sulfonate 15 gm/60ml suspension</i>	NIVEL 4	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION, SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION)	NIVEL 4	
VELTASSA (1 GM PACKET, 8.4 GM PACKET, 16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET)	NIVEL 3	

SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES

<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	NIVEL 5	PA, LA
CRYSVITA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
CRYSVITA 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
CRYSVITA 30 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA, QL (6 PER 28 OVER TIME)
HEPATAMINE 8 % SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i>	NIVEL 4	
<i>klor-con 10 10 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con 8 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con m10 10 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con m15 15 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con m20 20 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con sprinkle (8 cap er, 10 cap er)</i>	NIVEL 2	
<i>magnesium sulfate 50 % solution</i>	NIVEL 4	
NORMOSOL-M IN D5W SOLUTION	NIVEL 4	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>potassium chloride (2 meq/ml solution, 10 % solution, 10 meq/100ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/100ml solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i>	NIVEL 4	
<i>potassium chloride crys er (crys er 10 tab er, crys er 15 tab er, crys er 20 tab er)</i>	NIVEL 2	
<i>potassium chloride er (er 8 cap er, er 8 tab er, er 10 cap er, er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er)</i>	NIVEL 2	
<i>potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)</i>	NIVEL 4	
<i>potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)</i>	NIVEL 4	
PREMASOL 10 % SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	NIVEL 4	

VITAMINAS

<i>dextrose (5 % solution, 10 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>dextrose-sodium chloride (2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution, 5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution, 10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution)</i>	NIVEL 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	NIVEL 4	
<i>lactated ringers solution</i>	NIVEL 4	
<i>levocarnitine 330 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	NIVEL 2	
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	NIVEL 4	
<i>prenatal vitamins</i>	NIVEL 3	
<i>ringers solution</i>	NIVEL 4	
<i>ringers irrigation solution</i>	NIVEL 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sodium fluoride (0.55 (0.25 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, 2.2 (1 f) mg chew tab)</i>	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tis-u-sol solution</i>	NIVEL 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

AMINOSALICILATOS

<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	NIVEL 3	
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine 1000 mg suppos</i>	NIVEL 4	
<i>mesalamine 4 gm enema</i>	NIVEL 2	
<i>mesalamine er 0.375 gm cap er 24h</i>	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	

GLUCOCORTICOIDES

<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	NIVEL 4	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>budesonide er 9 mg tab er 24h</i>	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg/60ml enema)</i>	NIVEL 3	

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

<i>alendronate sodium (5 mg tab, 10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	NIVEL 3	QL (3.7 PER 30 OVER TIME)
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cinacalcet hcl 90 mg tab</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
NATPARA (25 MCG CARTRIDGE, 50 MCG CARTRIDGE, 75 MCG CARTRIDGE, 100 MCG CARTRIDGE)	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	NIVEL 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	NIVEL 5	PA, QL (1.56 PER 28 OVER TIME)
XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (1.7 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

GASTROINTESTINALES

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)

<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 2	

ANTIDIARREICOS

<i>alose tron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA
<i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	NIVEL 2	
XERMELO 250 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)

ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES

<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 3	

ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL

<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
MOVANTI K (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
RELISTOR (8 MG/0.4ML SOLUTION, 12 MG/0.6ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA
<i>trilyte 420 gm recon soln</i>	NIVEL 2	

GASTROINTESTINALES, OTROS

GATTEX 5 MG KIT	NIVEL 5	PA, LA
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	NIVEL 2	
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
MYALEPT 11.3 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	NIVEL 5	PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	NIVEL 5	PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
<i>ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	NIVEL 4	

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

<i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>	NIVEL 3	
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>omeprazole (10 mg cap dr, 20 mg cap dr)</i>	NIVEL 2	
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i>	NIVEL 2	
<i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	NIVEL 4	

PROTECTORES

<i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	NIVEL 2	

GENITOURINARIOS

ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS

GEMTESA 75 MG TAB	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	NIVEL 4	
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>oxybutynin chloride er (er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h, er 15 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>solifenacin succinate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tropium chloride 20 mg tab</i>	NIVEL 3	

GENITOURINARIOS, OTROS

<i>bethanechol chloride (5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	NIVEL 5	PA

HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

<i>alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	
<i>dutasteride 0.5 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>finasteride 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	NIVEL 2	

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

ANTICOAGULANTES

<i>dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 110 mg cap, 150 mg cap)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsy, 150 mg/ml soln prsy, 300 mg/3ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (80 mg/0.8ml soln prsy, 120 mg/0.8ml soln prsy)</i>	NIVEL 4	QL (48 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsy</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsy</i>	NIVEL 4	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsy</i>	NIVEL 4	QL (36 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	NIVEL 5	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	NIVEL 4	QL (15 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>	NIVEL 5	QL (12 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>	NIVEL 5	QL (18 PER 30 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>heparin sodium (porcine) ((porcine) 1000 unit/ml solution, (porcine) 5000 unit/ml solution, (porcine) 10000 unit/ml solution, (porcine) 20000 unit/ml solution)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>jantoven (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>warfarin sodium (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 3	QL (20 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS

<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	NIVEL 3	
PROMACTA (12.5 MG PACKET, 12.5 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
PROMACTA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
PROMACTA 25 MG PACKET	NIVEL 5	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
PROMACTA 75 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
RETACRIT (2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	NIVEL 4	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA

HEMOSTÁTICOS

<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
-----------------------------------	---------	-------------------

MODIFICADORES PLAQUETARIOS

<i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h</i>	NIVEL 4	
BRILINTA (60 MG TAB, 90 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>cilostazol (50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
------------------------	-------	--------------------

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % solution</i>	NIVEL 4	
GENOTROPIN (5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE)	NIVEL 5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK (0.2 MG PRSYR, 0.4 MG PRSYR, 0.6 MG PRSYR, 0.8 MG PRSYR, 1 MG PRSYR, 1.2 MG PRSYR, 1.4 MG PRSYR, 1.6 MG PRSYR, 1.8 MG PRSYR, 2 MG PRSYR)	NIVEL 5	PA
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN, 10 MG/1.5ML SOLN CART)	NIVEL 5	PA

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)

ANDRÓGENOS

<i>danazol (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	
<i>testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)</i>	NIVEL 4	PA, QL (300 PER 30 OVER TIME)
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (5 PER 30 OVER TIME)

ESTEROIDES ANABOLIZANTES

ANADROL-50 50 MG TAB	NIVEL 5	
<i>oxandrolone (2.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ESTRÓGENOS		
<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 4	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>bekyree 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 4	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>cyclafem 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>cyclafem 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	NIVEL 4	QL (16 PER 28 OVER TIME)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>enpresse-28 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	NIVEL 4	QL (16 PER 28 OVER TIME)
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i>	NIVEL 4	QL (8 PER 28 OVER TIME)
<i>estradiol (0.1 mg/gm cream, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 10 mcg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 84 OVER TIME)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)</i>	NIVEL 4	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>	NIVEL 4	
<i>gianvi 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 4	
<i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>larissia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 tab, 0.15-30 tab)</i>	NIVEL 4	
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>lillow 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>lutera 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	NIVEL 4	QL (16 PER 28 OVER TIME)
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	NIVEL 4	
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 tab, 1.5-30 tab)</i>	NIVEL 4	
<i>norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	NIVEL 4	
<i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 tab, 1.5-30 tab)</i>	NIVEL 4	
<i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>	NIVEL 4	
<i>norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>nymyo 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>ocella 3-0.03 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>orsythia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 4	
<i>pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	NIVEL 3	
<i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 4	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>syeda 3-0.03 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>tri-lingah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>tri-previfem 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	NIVEL 4	
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 4	
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	NIVEL 4	
<i>yuvafem 10 mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>zarah 3-0.03 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	NIVEL 4	

MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS

<i>OSPHENA 60 MG TAB</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

PROGESTINAS

<i>camila 0.35 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR</i>	NIVEL 4	
<i>errin 0.35 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>heather 0.35 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE 1.25 GM/5ML SOLUTION</i>	NIVEL 5	
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)</i>	NIVEL 4	
<i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>megestrol acetate 625 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 4	PA
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>norlyda 0.35 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>tulana 0.35 mg tab</i>	NIVEL 4	

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

<i>alclometasone dipropionate 0.05 % cream</i>	NIVEL 3	
<i>betamethasone dipropionate 0.05 % ointment</i>	NIVEL 3	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % cream, 0.05 % lotion)</i>	NIVEL 3	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i>	NIVEL 4	
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	NIVEL 4	
CORTROPHIN 80 UNIT/ML GEL	NIVEL 5	PA, LA
<i>decadron (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	NIVEL 2	
DEXAMETHASONE (0.5 MG/5ML ELIXIR, 0.5 MG/5ML SOLUTION)	NIVEL 3	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	
<i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>dexamethasone sodium phosphate (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>dexamethasone sodium phosphate (4 mg/ml soln prsy, 4 mg/ml solution, 20 mg/5ml solution, 120 mg/30ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment</i>	NIVEL 4	ST

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>hydrocortisone valerate 0.2 % ointment</i>	NIVEL 4	
<i>methylprednisolone (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>methylprednisolone 4 mg tab thpk</i>	NIVEL 2	
<i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)</i>	NIVEL 4	
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>prednisolone sodium phosphate (6.7 (5 base) mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>prednisolone sodium phosphate 15 mg/5ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>prednisone (1 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 3	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	NIVEL 4	

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

<i>euthyrox (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	NIVEL 1
<i>levo-t (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)</i>	NIVEL 3
<i>levothyroxine sodium (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)</i>	NIVEL 1

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>levoxyl (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	NIVEL 3	
SYNTHROID (25 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB, 100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 300 MCG TAB)	NIVEL 4	
<i>unithroid (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)</i>	NIVEL 3	

HORMONALES, SUPRESORES (HIPOFISARIOS)

<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	NIVEL 3	
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 MG/VIAL RECON SOLN	NIVEL 5	
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	NIVEL 4	
LANREOTIDE ACETATE 120 MG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) ((1-MONTH) 3.75 MG KIT, (1-MONTH) 7.5 MG KIT)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) ((3-MONTH) 11.25 MG KIT, (3-MONTH) 22.5 MG KIT)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	NIVEL 5	
<i>octreotide acetate (50 mcg/ml soln prsy, 50 mcg/ml solution, 100 mcg/ml soln prsy, 100 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution)</i>	NIVEL 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SANDOSTATIN LAR DEPOT (10 MG KIT, 20 MG KIT, 30 MG KIT)	NIVEL 5	PA
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
SOMATULINE DEPOT (60 MG/0.2ML SOLUTION, 90 MG/0.3ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	
TRELSTAR MIXJECT (3.75 MG RECON SUSP, 11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

ANTITIROIDEOS

<i>methimazole (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	NIVEL 3

INMUNOLÓGICOS

ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL

HAEGARDA (2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN)	NIVEL 5	PA, LA
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)

INMUNOESTIMULANTES

ACTIMMUNE 2000000 UNIT/0.5ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
INTRON A (6000000 UNIT/ML SOLUTION, 10000000 UNIT RECON SOLN, 10000000 UNIT/ML SOLUTION, 18000000 UNIT RECON SOLN, 50000000 UNIT RECON SOLN)	NIVEL 5	LA
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 30 OVER TIME)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 30 OVER TIME)

INMUNOGLOBULINAS

GAMMAGARD (1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 30 GM/300ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA (S/D 5 GM RECON SOLN, S/D 10 GM RECON SOLN)	NIVEL 5	PA

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA

INMUNOLÓGICOS, OTROS

ARCALYST 220 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
BEYFORTUS (50 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 4	
DUPIXENT (100 MG/0.67ML SOLN PRSYR, 200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
ILARIS 150 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA
OTEZLA (4 X 10 51 X20 MG TAB THPK, 10 20 30 MG TAB THPK)	NIVEL 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
STELARA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, QL (0.5 PER 28 OVER TIME)
STELARA 90 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
TALTZ (80 MG/ML SOLN A-INJ, 80 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
TALTZ 20 MG/0.25ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (0.25 PER 28 DAYS)
TALTZ 40 MG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (0.5 PER 28 DAYS)
XELJANZ (5 MG TAB, 10 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
XOLAIR (150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)

INMUNOSUPRESORES

<i>azathioprine 50 mg tab</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine (25 mg cap, 50 mg/ml solution, 100 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine modified (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (4.08 PER 28 OVER TIME)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>gengraf (25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (1.6 PER 28 OVER TIME)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (3.2 PER 28 OVER TIME)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (1.6 PER 28 OVER TIME)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (3.2 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA (10 MG/0.1ML PREF SY KT, 20 MG/0.2ML PREF SY KT)	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA (2 PEN) (PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT, (PEN) 40 MG/0.8ML AUT-IJ KIT)	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA (2 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA (2 SYRINGE) 40 MG/0.8ML PREF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA 40 MG/0.4ML PREF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 40 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 365 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PEF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA-PED>/=40KG CROHNS START 80 MG/0.8ML PEF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA-PED>/=40KG UC STARTER 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER 40 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA-PSORIASIS/UEIT STARTER 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 4	
METHOTREXATE SODIUM (1 GM RECON SOLN, 50 MG/2ML SOLUTION, 250 MG/10ML SOLUTION)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) ((pf) 1 gm/40ml solution, (pf) 50 mg/2ml solution, (pf) 250 mg/10ml solution, (pf) 1000 mg/40ml solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml recon susp</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZUROCK 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

VACUNAS

ABRYSCO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	NIVEL 3	VAC
ACTHIB RECON SOLN	NIVEL 3	
ADACEL 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	NIVEL 4	VAC
BEXSERO SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	NIVEL 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	NIVEL 3	
DENGVAXIA RECON SUSP	NIVEL 3	
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (9 SUSP PRSYR, 9 SUSPENSION)	NIVEL 4	VAC
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
HAVRIX 720 EL U/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	NIVEL 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	NIVEL 4	VAC
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	NIVEL 3	
IPOLE INJECTABLE	NIVEL 3	VAC
IXCHIQ RECON SOLN	NIVEL 4	VAC
IXIARO SUSPENSION	NIVEL 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
KINRIX (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	
M-M-R II RECON SOLN	NIVEL 3	VAC
MENACTRA SOLUTION	NIVEL 3	VAC

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MENQUADFI SOLUTION	NIVEL 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	NIVEL 3	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
PEDIARIX SUSP PRSYR	NIVEL 3	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
PENBRAYA RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
PENTACEL RECON SUSP	NIVEL 3	
PREHEVBRIO 10 MCG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
PRIORIX RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
PROQUAD RECON SUSP	NIVEL 4	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	
RABAVERT RECON SUSP	NIVEL 4	VAC
RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION, 10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
ROTARIX (RECON SUSP, SUSPENSION)	NIVEL 3	
ROTATEQ SOLUTION	NIVEL 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
TENIVAC 5-2 LFU INJECTABLE	NIVEL 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
TRUMENBA SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	NIVEL 4	VAC
VAQTA 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
VAQTA 50 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
VAXCHORA RECON SUSP	NIVEL 4	VAC
YF-VAX INJECTABLE	NIVEL 4	VAC

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
-------------------------------	--------------	---------------------------

MIORRELAJANTES

<i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA
<i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA

OFTÁLMICOS

OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS

<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	NIVEL 3
<i>cromolyn sodium 4 % solution</i>	NIVEL 2
<i>olopatadine hcl 0.2 % solution</i>	NIVEL 3

OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS

BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	NIVEL 2
GENTAK 0.3 % OINTMENT	NIVEL 2
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	NIVEL 2
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	NIVEL 4
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	NIVEL 4
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	NIVEL 4
NATACYN 5 % SUSPENSION	NIVEL 4
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	NIVEL 2
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>	NIVEL 2
<i>sulfacetamide sodium (10 % ointment, 10 % solution)</i>	NIVEL 2
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	NIVEL 2

OFTÁLMICOS ANTIINFLAMATORIOS

DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	NIVEL 2
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	NIVEL 2
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	NIVEL 3
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	NIVEL 2
<i>ketorolac tromethamine 0.4 % solution</i>	NIVEL 3

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ketorolac tromethamine 0.5 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>	NIVEL 3	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
PROLENSA 0.07 % SOLUTION	NIVEL 3	

OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS

<i>latanoprost 0.005 % solution</i>	NIVEL 2	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)

OFTÁLMICOS BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

<i>betaxolol hcl 0.5 % solution</i>	NIVEL 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)</i>	NIVEL 4	
<i>timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)</i>	NIVEL 2	

OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS

<i>acetazolamide er 500 mg cap er 12h</i>	NIVEL 4	
<i>apraclonidine hcl 0.5 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>brimonidine tartrate 0.1 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 4	
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % RECON SOLN	NIVEL 4	
<i>pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)</i>	NIVEL 3	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (2.5 PER 25 OVER TIME)

OFTÁLMICOS, OTROS

<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	NIVEL 2	
<i>atropine sulfate 1 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment</i>	NIVEL 2	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	NIVEL 3	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	NIVEL 3	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	NIVEL 3	
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	NIVEL 2	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EMULSION	NIVEL 3	QL (5.5 PER 30 OVER TIME)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	NIVEL 4	QL (2.5 PER 25 OVER TIME)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	NIVEL 3	
XIIDRA 5 % SOLUTION	NIVEL 4	

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

ANTIDIABÉTICOS

<i>acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 3	
FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide er (er 2.5 mg tab er 24h, er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>glipizide xl (2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h, 10 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 4	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUMET XR (50-500 MG TAB ER 24H, 100-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>metformin hcl (500 mg tab, 850 mg tab, 1000 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>metformin hcl er (er 500 mg tab er 24h, er 750 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 1	
MOUNJARO (2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
<i>nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)</i>	NIVEL 4	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/1.5ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (1.5 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) (MG/DOSE) 2 MG/1.5ML SOLN PEN, (MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN)	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	
RYBELSUS (3 MG TAB, 7 MG TAB, 14 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNJARDY (5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SYNJARDY XR (5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TOLBUTAMIDE 500 MG TAB	NIVEL 2	
TRADJENTA 5 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
VICTOZA 18 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIGDUO XR (2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XIGDUO XR (5-500 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

GLUCÉMICOS

BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	NIVEL 5	
GLUCAGON EMERGENCY (1 MG KIT, 1 MG/ML RECON SOLN)	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)

INSULINAS

HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	NIVEL 3	INS
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	INS
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	INS
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	INS
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	INS

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	INS
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	INS
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	INS
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, INS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	INS
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (40 PER 30 OVER TIME), INS
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (45 PER 30 OVER TIME), INS
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 OVER TIME), INS
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 OVER TIME), INS

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA

BETASERON 0.3 MG KIT	NIVEL 5	PA, QL (15 PER 30 OVER TIME)
COPAXONE 20 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
COPAXONE 40 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 28 OVER TIME)
<i>dalfampridine er 10 mg tab er 12h</i>	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)</i>	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk</i>	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
TYSABRI 300 MG/15ML CONC	NIVEL 5	PA, LA

FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

DRIZALMA SPRINKLE (20 MG CAP DR, 30 MG CAP DR)	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
---	---------	--

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DRIZALMA SPRINKLE (40 MG CAP DR, 60 MG CAP DR)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>duloxetine hcl (20 mg cp dr part, 60 mg cp dr part)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 1 DAYS)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL

<i>bac 50-325-40 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>riluzole 50 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS ANFETAMÍNICOS CONTRA EL

<i>amphetamine-dextroamphet er (er 5 mg cap er 24h, er 10 mg cap er 24h, er 15 mg cap er 24h, er 20 mg cap er 24h, er 25 mg cap er 24h, er 30 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 30 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi 15 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zenzedi 20 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>zenzedi 30 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)

TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS NO ANFETAMÍNICOS CONTRA EL

<i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>guanfacine hcl er (er 1 mg tab er 24h, er 2 mg tab er 24h, er 3 mg tab er 24h, er 4 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 20 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab er</i>	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab er</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
ALCOHOL 70% PADS	NIVEL 2	
ALCOHOL PREP PAD	NIVEL 2	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	NIVEL 2	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	NIVEL 2	
<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
AQ INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
AQINJECT PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
<i>argyle sterile water solution</i>	NIVEL 2	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)	NIVEL 3	
AUM PEN NEEDLE (PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC, PEN 33G 4 MISC, PEN 33G 5 MISC, PEN 33G 6 MISC)	NIVEL 3	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM MISC	NIVEL 3	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	NIVEL 2	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	NIVEL 2	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (PEN 30G 8 MISC, PEN 31G 4 MISC, PEN 31G 5 MISC)	NIVEL 3	
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	NIVEL 2	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2" PAD	NIVEL 2	
<i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	NIVEL 3	
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (SYRINGE/NEEDLE 29G 1/2" 1 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 0.3 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 0.5 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 1 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 0.3 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 0.5 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (1/2" 0.3 ML MISC, 5/16" 0.3 ML MISC)	NIVEL 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 5 MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	NIVEL 3	
<i>gauze pads 2</i>	NIVEL 2	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 1 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G 1/2" 0.5 ML MISC, 27G 1/2" 1 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC, 28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
INSUPEN PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
<i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
IWILFIN 192 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAGEVRIO 200 MG CAP	NIVEL 4	QL (40 PER 30 OVER TIME)
<i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>methergine 0.2 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>	NIVEL 4	
NOVOFINE 32G X 6 MM MISC	NIVEL 3	
NOVOTWIST 32G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (40 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
PEN NEEDLES (PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
<i>qc alcohol 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	NIVEL 2	
<i>sterile water for irrigation solution</i>	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SURE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC, 32G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 6 MISC)	NIVEL 3	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (PEN 30G 5 MISC, PEN 30G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	NIVEL 3	
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	NIVEL 3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES

ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
OPSUMIT 10 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp</i>	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
TRACLEER 32 MG TAB SOL	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (270 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIHIISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hcl (0.1 % solution, 0.15 % solution, 137 mcg/spray solution)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 25 DAYS)
<i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	NIVEL 4	PA
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR		
ARNUITY ELLIPTA (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	NIVEL 4	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	NIVEL 2	QL (16 PER 30 DAYS)
PULMICORT FLEXHALER (90 MCG/ACT AER POW BA, 180 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (2 PER 30 DAYS)
ANTILEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 5 mg chew tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>montelukast sodium 4 mg packet</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
BRONCODILADORES, ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 4	QL (25.8 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>	NIVEL 2	QL (45 PER 30 DAYS)
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	NIVEL 3	QL (4 PER 30 DAYS)
BRONCODILADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 OVER TIME)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	NIVEL 2	QL (13.4 PER 30 OVER TIME)
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN)	NIVEL 2	QL (36 PER 30 OVER TIME)
<i>albuterol sulfate (0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, (2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln)</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 OVER TIME)
<i>epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)</i>	NIVEL 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENALCLICK)	NIVEL 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)</i>	NIVEL 4	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)

ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS

<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
--	---------	--------------------------------

FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA

OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)

FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

CAYSTON 75 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA, QL (84 PER 28 OVER TIME)
KALYDECO (5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (150 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SYMDEKO (50-75 75 MG TAB THPK, 100-150 150 MG TAB THPK)	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	NIVEL 5	PA, QL (224 PER 28 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	NIVEL 5	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (50-25-37.5 75 MG TAB THPK, 100-50-75 150 MG TAB THPK)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)

INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>theophylline er (er 100 mg tab er 12h, er 200 mg tab er 12h, er 300 mg tab er 12h, er 400 mg tab er 24h, er 450 mg tab er 12h, er 600 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 3	

TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL

<i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (45-21 MCG/ACT AEROSOL, 115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL)	NIVEL 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BEVESPI AEROSPHERE 9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (10.7 PER 28 DAYS)
BREO ELLIPTA (50-25 MCG/INH AER POW BA, 100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>breyndra (80-4.5 mcg/act aerosol, 160-4.5 mcg/act aerosol)</i>	NIVEL 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act aerosol, 160-4.5 mcg/act aerosol)</i>	NIVEL 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 4	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (55-14 MCG/ACT AER POW BA, 113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 2	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
NUCALA (100 MG RECON SOLN, 100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 30 OVER TIME)
NUCALA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, LA, QL (0.4 PER 28 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)

TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>betaine powder</i>	NIVEL 5	
BYLVAY (PELLETS) 200 MCG CAP SPRINK	NIVEL 5	PA, LA, QL (30 PER 1 DAYS)
BYLVAY (PELLETS) 600 MCG CAP SPRINK	NIVEL 5	PA, LA, QL (10 PER 1 DAYS)
BYLVAY 1200 MCG CAP	NIVEL 5	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
BYLVAY 400 MCG CAP	NIVEL 5	PA, LA, QL (18 PER 1 DAYS)
CEREZYME 400 UNIT RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA
CHOLBAM 250 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
CHOLBAM 50 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
CREON (3000-9500 CP DR PART, 6000-19000 CP DR PART, 12000-38000 CP DR PART, 24000-76000 CP DR PART, 36000-114000 CP DR PART)	NIVEL 3	
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	NIVEL 4	
CYTAGON (50 MG CAP, 150 MG CAP)	NIVEL 4	PA, LA
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 28 OVER TIME)
<i>javygtor (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	NIVEL 5	PA
<i>l-glutamine 5 gm packet</i>	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>miglustat 100 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	NIVEL 5	PA
PROCYSBI (25 MG CAP DR, 75 MG CAP DR)	NIVEL 5	PA, LA
PROLASTIN-C (1000 MG RECON SOLN, 1000 MG/20ML SOLUTION)	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	NIVEL 5	PA

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA
STRENSIQ (18 MG/0.45ML SOLUTION, 28 MG/0.7ML SOLUTION, 40 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA
STRENSIQ 80 MG/0.8ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA, QL (38.4 PER 28 OVER TIME)
<i>yargesa 100 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
ZENPEP (3000-10000 CP DR PART, 5000-24000 CP DR PART, 10000-32000 CP DR PART, 15000-47000 CP DR PART, 20000-63000 CP DR PART, 25000-79000 CP DR PART, 40000-126000 CP DR PART, 60000-189600 CP DR PART)	NIVEL 4	

TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS

DORMIR, MEDICAMENTOS PARA

<i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 15 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 30 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.125 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.25 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

EUGEROICOS

<i>armodafinil (50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 100 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 200 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XYREM 500 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA, QL (540 PER 30 OVER TIME)

ÓTICOS

<i>ciprofloxacin hcl 0.2 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	NIVEL 4	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DERMOTIC 0.01 % OIL	NIVEL 3	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	NIVEL 3	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página xiv

Índice de medicamentos

A

abacavir sulfate	41	albuterol sulfate hfa	89
abacavir sulfate-lamivudine	41	alclometasone dipropionate	52,68
abacavir-lamivudine-zidovudine	41	ALCOHOL 70% PADS	84
ABELCET	19	ALCOHOL PREP	84
ABILIFY ASIMTUFII	36	ALCOHOL PREP PADS	84
ABILIFY MAINTENA	36	ALCOHOL SWABSTICK	84
abiraterone acetate	22	alcohol wipes	84
ABRYSVO	75	ALDURAZYME	91
acamprosate calcium	5	ALECENSA	27
acarbose	79	alendronate sodium	56
accutane	51	alfuzosin hcl er	59
acebutolol hcl	44	aliskiren fumarate	46
acetaminophen-codeine	1	allopurinol	20
acetazolamide	46	alosetron hcl	57
acetazolamide er	78	alprazolam	4
acetic acid	5	altavera	62
acetylcysteine	90	ALUNBRIG	27
acitretin	51	alyacen 1/35	62
ACTHIB	75	alyacen 7/7/7	62
ACTIMMUNE	71	amantadine hcl	34
acyclovir	39	ambrisentan	87
acyclovir sodium	39	amikacin sulfate	5
ADACEL	75	amiloride hcl	49
adefovir dipivoxil	38	amiloride-hydrochlorothiazide	46
ADEMPAS	87	amiodarone hcl	44
ADVAIR HFA	90	amitriptyline hcl	17
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	84	amlodipine besy-benazepril hcl	46
afirmelle	62	amlodipine besylate	45
AIMOVIG	21	amlodipine besylate-valsartan	46
ak-poly-bac	78	amlodipine-olmesartan	46
AKEEGA	23	amlodipine-valsartan-hctz	46
ala-cort	52	ammonium lactate	52
albendazole	33	amnesteem	51
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	88	amoxapine	17
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	88	amoxicillin	8
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	89	AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE	8
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN)	89	amoxicillin-pot clavulanate	8
albuterol sulfate	89	amphetamine-dextroamphet er	83
		amphetamine-dextroamphetamine	83
		AMPHOTERICIN B	19
		amphotericin b liposome	19

ampicillin	8	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	85
ampicillin sodium	8	AUM PEN NEEDLE	85
ampicillin-sulbactam sodium	8	aurovela 1.5/30	62
ANADROL-50	61	aurovela 1/20	62
anagrelide hcl	60	aurovela fe 1.5/30	62
anastrozole	26	aurovela fe 1/20	62
ANORO ELLIPTA	90	AUVELITY	15
apomorphine hcl	34	aviane	62
apraclonidine hcl	78	avidoxy	10
aprepitant	18	avita	51
apri	62	ayuna	62
APTIOM	14	AYVAKIT	23
APTIVUS	40	azathioprine	73
AQ INSULIN SYRINGE	84	AZATHIOPRINE SODIUM	73
AQINJECT PEN NEEDLE	84	azelastine hcl	77,88
aranelle	62	azithromycin	9
ARCALYST	72	AZITHROMYCIN	9
AREXVY	75	aztreonam	6
argyle sterile water	84	azurette	62
aripiprazole	36	B	
ARISTADA	36	bac	83
ARISTADA INITIO	36	bacitra-neomycin-polymyxin-hc	78
armodafinil	92	BACITRACIN	77
ARNUIITY ELLIPTA	88	bacitracin-polymyxin b	79
asenapine maleate	36	baclofen	19
aspirin-dipyridamole er	60	balsalazide disodium	56
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	84	BALVERSA	27
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	84	balziva	62
atazanavir sulfate	40	BAQSIMI ONE PACK	81
atenolol	44	BAQSIMI TWO PACK	81
atenolol-chlorthalidone	46	BARACLUDE	38
atomoxetine hcl	84	BCG VACCINE	75
atorvastatin calcium	48	BD INSULIN SYRINGE	85
atovaquone	33	BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC	85
atovaquone-proguanil hcl	33	BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM	
atropine sulfate	78	MISC	85
ATROVENT HFA	88	BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM	
aubra	62	MISC	85
aubra eq	62	BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM	
AUGTYRO	23	MISC	85
AUM ALCOHOL PREP PADS	84		

bekyree	62	budesonide-formoterol fumarate	90
benazepril hcl	50	bumetanide	49
benazepril-hydrochlorothiazide	46	buprenorphine hcl	5
BENLYSTA	72	buprenorphine hcl-naloxone hcl	5
BENZNIDAZOLE	33	bupropion hcl	15
benztropine mesylate	34	bupropion hcl er (smoking det)	4,15
BESIVANCE	10	bupropion hcl er (sr)	15
BESREMI	23	bupropion hcl er (xl)	15
betaine	91	buspirone hcl	3
betamethasone dipropionate	52,68	butalbital-apap-caffeine	83
betamethasone dipropionate aug	52,68	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE	2
betamethasone valerate	52	BYLVAY	91
BETASERON	82	BYLVAY (PELLETS)	91
betaxolol hcl	44,78		
bethanechol chloride	59	C	
BEVESPI AEROSPHERE	90	CABENUVA	42
bexarotene	33	cabergoline	70
BEXSERO	75	CABOMETYX	27
BEYFORTUS	72	calcipotriene	53
bicalutamide	22	calcitonin (salmon)	56
BICILLIN L-A	8	calcitrene	53
BIKTARVY	39	calcitriol	56
BIOGUARD GAUZE SPONGES	85	calcium acetate	54
bisoprolol fumarate	44	calcium acetate (phos binder)	53,54
bisoprolol-hydrochlorothiazide	46	CALQUENCE	27
blisovi fe 1.5/30	62	camila	67
blisovi fe 1/20	62	candesartan cilexetil	43
BOOSTRIX	75	candesartan cilexetil-hctz	47
BOSULIF	27	CAPLYTA	36
BRAFTOVI	27	CAPRELSA	27
BREO ELLIPTA	90	captopril	50
breynd	90	CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	47
briellyn	62	carbamazepine	14
BRILINTA	60	carbamazepine er	14
brimonidine tartrate	78	carbidopa	34
brimonidine tartrate-timolol	79	carbidopa-levodopa	34
BRIVIACT	11	carbidopa-levodopa er	34
bromocriptine mesylate	34	CARETOUCH ALCOHOL PREP	85
BRUKINSA	24	carglumic acid	54
budesonide	56,88	CARTEOLOL HCL	78
budesonide er	56	cartia xt	45

carvedilol	44	CIPROFLOXACIN HCL	10
caspofungin acetate	19	ciprofloxacin in d5w	10
cataflam	2	ciprofloxacin-dexamethasone	92
CAYSTON	89	citalopram hydrobromide	16
caziant	62	claravis	51
CEFACLOR	7	CLARITHROMYCIN	9
cefadroxil	7	clarithromycin	9
cefazolin sodium	7	clarithromycin er	9
cefdinir	7	clindacin etz	6
CEFEPIME HCL	7	clindacin-p	6
cefixime	7	clindamycin hcl	6
CEFOTAXIME SODIUM	7	clindamycin palmitate hcl	6
cefotetan disodium	7	clindamycin phosphate	6,51
cefoxitin sodium	7	clindamycin phosphate in d5w	6
cefpodoxime proxetil	7	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL	6
cefprozil	7	clobazam	12,13
ceftazidime	7	clobetasol prop emollient base	52,68
ceftriaxone sodium	8	clobetasol propionate	52
cefuroxime axetil	8	clobetasol propionate e	68
cefuroxime sodium	8	clomipramine hcl	17
celecoxib	2	clonazepam	4
cephalexin	8	clonidine	43
CEREZYME	91	clonidine hcl	43
chateal	62	clopidogrel bisulfate	60
chateal eq	62	clorazepate dipotassium	4
chlorhexidine gluconate	43	clotrimazole	19
chloroquine phosphate	33	clotrimazole-betamethasone	53
chlorpromazine hcl	35	clovique	53
chlorthalidone	49	clozapine	35
CHOLBAM	91	COARTEM	33
cholestyramine	48	colchicine	20
cholestyramine light	48	colchicine-probenecid	20
ciclodan	51	colesevelam hcl	48
ciclopirox	51	colestipol hcl	48
ciclopirox olamine	19	colistimethate sodium (cba)	6
cilostazol	60	COMBIVENT RESPIMAT	90
CIMDUO	41	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	27
cimetidine	57	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	27
cinacalcet hcl	56	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	27
ciprofloxacin	10	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	85
ciprofloxacin hcl	10,92	COMPLERA	40

compro.....	18	DAURISMO.....	28
constulose.....	57	deblitane.....	67
COPAXONE.....	82	decadron.....	68
COPIKTRA.....	27	deferasirox.....	53
CORLANOR.....	47	DELSTRIGO.....	40
CORTISONE ACETATE.....	68	delyla.....	62
CORTISPORIN-TC.....	92	DENGVAXIA.....	75
CORTROPHIN.....	68	DEPO-ESTRADIOL.....	62
COTELLIC.....	28	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	67
CREON.....	91	depo-testosterone.....	61
CRIXIVAN.....	40	DERMOTIC.....	93
cromolyn sodium.....	77,89,91	DESCOVY.....	41
cryselle-28.....	62	desipramine hcl.....	17
CRYSVITA.....	54	desmopressin ace spray refrig.....	61
CVS ALCOHOL PREP PADS.....	85	desmopressin acetate.....	61
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE.....	85	desmopressin acetate pf.....	61
cvs isopropyl alcohol wipes.....	85	desmopressin acetate spray.....	61
cyclafem 1/35.....	62	desogestrel-ethinyl estradiol.....	63
cyclafem 7/7/7.....	62	desoximetasone.....	52
cyclobenzaprine hcl.....	77	desvenlafaxine succinate er.....	16
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	22	dexamethasone.....	68
cyclosporine.....	73	DEXAMETHASONE.....	68
cyclosporine modified.....	73	DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID.....	68
cyproheptadine hcl.....	88	dexamethasone sod phosphate pf.....	68
cyred.....	62	dexamethasone sodium phosphate.....	68
cyred eq.....	62	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	77
CYSTAGON.....	91	dexmethylphenidate hcl.....	84
CYSTARAN.....	91	dextroamphetamine sulfate.....	83
D			
dabigatran etexilate mesylate.....	59	dextrose.....	55
dalfampridine er.....	82	dextrose in lactated ringers.....	55
danazol.....	61	dextrose-sodium chloride.....	55
dantrolene sodium.....	19	DIACOMIT.....	11
dapsone.....	21	diazepam.....	4,13
DAPTACEL.....	75	DIAZEPAM.....	13
daptomycin.....	6	diazepam intensol.....	4
darunavir.....	40	diazoxide.....	81
dasatinib.....	28	diclofenac potassium.....	2
dasetta 1/35.....	62	diclofenac sodium.....	2,77
dasetta 7/7/7.....	62	diclofenac sodium er.....	2
		dicloxacillin sodium.....	8
		dicyclomine hcl.....	57

DIDANOSINE.....	41	doxycycline hyclate.....	10
DIFICID.....	9	doxycycline monohydrate.....	10,11
diflunisal.....	2	DRIZALMA SPRINKLE.....	82,83
digitek.....	47	dronabinol.....	18
digox.....	47	DROPLET MICRON.....	85
digoxin.....	47	DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE.....	85
dihydroergotamine mesylate.....	21	drosiprenone-ethinyl estradiol.....	63
dilt-xr.....	45	DROXIA.....	23
diltiazem hcl.....	45	droxidopa.....	43
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule.....	45	duloxetine hcl.....	83
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule.....	45	DUPIXENT.....	72
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule.....	45	dutasteride.....	59
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule.....	45	E	
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule.....	45	E.E.S. 400.....	9
diltiazem hcl er.....	46	EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	85
diltiazem hcl er beads.....	46	EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	85
dimethyl fumarate.....	82	ec-naproxen.....	3
dimethyl fumarate starter pack.....	82	EDURANT.....	40
diphenoxylate-atropine.....	57	EFAVIRENZ.....	40
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	75	efavirenz.....	41
disulfiram.....	5	efavirenz-emtricitab-tenofo df.....	41
divalproex sodium.....	11	efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	41
divalproex sodium er.....	11	elinest.....	63
dofetilide.....	44	ELIQUIS.....	59
donepezil hcl.....	15	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	59
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg.....	15	eluryng.....	63
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg.....	15	EMBRACE PEN NEEDLES.....	85
dorzolamide hcl.....	78	EMCYT.....	23
dorzolamide hcl-timolol mal.....	79	emoquette.....	63
dotti.....	63	EMSAM.....	16
DOVATO.....	39	emtricitabine.....	41
doxazosin mesylate.....	44	emtricitabine-tenofovir df.....	41
doxepin hcl.....	17	EMTRIVA.....	41
doxy 100.....	10	enalapril maleate.....	50
		enalapril-hydrochlorothiazide.....	47
		ENBREL.....	73
		ENBREL MINI.....	73
		ENBREL SURECLICK.....	73
		endocet.....	1
		ENGERIX-B.....	75

enilloring	63	EVOTAZ	40
enoxaparin sodium	59	exemestane	26
enpresse-28	63	EXKIVITY	24
enskyce	63	ezetimibe	48
entacapone	34	ezetimibe-simvastatin	49
entecavir	38	F	
ENTRESTO	47	falmina	63
enulose	57	famciclovir	39
ENVARBUS XR	73	famotidine	57
EPCLUSA	38,39	FANAPT	36
EPIDIOLEX	11	FANAPT TITRATION PACK	36
epinephrine	89	FARXIGA	79
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	89	felbamate	11
epitol	14	felodipine er	45
EPIVIR HBV	38	femynor	63
EPRONTIA	11	fenofibrate	48
EPROSARTAN MESYLATE	43	fenofibrate micronized	48
ERIVEDGE	28	fenofibric acid	48
ERLEADA	22	fentanyl	2
erlotinib hcl	28	fentanyl citrate	1
errin	67	FETZIMA	16
ertapenem sodium	9	FETZIMA TITRATION	16
erythrocin lactobionate	9	finasteride	59
erythromycin	51,77	fingolimod hcl	82
erythromycin base	9	FINTEPLA	11
ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE	9	FIRMAGON	70
erythromycin lactobionate	10	FIRMAGON (240 MG DOSE)	70
escitalopram oxalate	16	flecainide acetate	44
estarylla	63	fluconazole	19
estradiol	63	fluconazole in sodium chloride	19
ESTRING	63	flucytosine	19
eszopiclone	92	fludrocortisone acetate	68
ethambutol hcl	21	flunisolide	88
ethosuximide	14	fluocinolone acetonide	52
ethynodiol diac-eth estradiol	63	fluocinonide	52
etodolac er	3	fluocinonide emulsified base	52
etonogestrel-ethinyl estradiol	63	fluorometholone	77
etravirine	41	fluorouracil	53
euthyrox	69	fluoxetine hcl	16
everolimus	28,73	fluphenazine decanoate	35

FLUPHENAZINE HCL.....	35	GENOTROPIN MINIQUICK.....	61
FLURBIPROFEN.....	3	GENTAK.....	77
FLURBIPROFEN SODIUM.....	77	gentamicin sulfate.....	5,77
flutamide.....	22	GENVOYA.....	39
fluticasone propionate.....	52,88	gianvi.....	63
fluticasone-salmeterol.....	90	GILOTRIF.....	28
FLUTICASONE-SALMETEROL.....	90	GLEOSTINE.....	22
fluvoxamine maleate.....	16,17	glimepiride.....	79
fondaparinux sodium.....	59	glipizide.....	79
fosamprenavir calcium.....	40	glipizide er.....	79
fosinopril sodium.....	50	glipizide xl.....	79
fosinopril sodium-hctz.....	47	glipizide-metformin hcl.....	79
FOTIVDA.....	24	GLUCAGON EMERGENCY.....	81
FRUZAQLA.....	28	glyburide.....	79
fulvestrant.....	23	GLYBURIDE MICRONIZED.....	79
furosemide.....	49	glyburide-metformin.....	80
FUROSEMIDE.....	49	glycopyrrolate.....	57
FUZEON.....	42	GLYXAMBI.....	80
fyavolv.....	63	granisetron hcl.....	18
FYCOMPA.....	11	griseofulvin microsize.....	19
		griseofulvin ultramicrosize.....	19
G		guanfacine hcl.....	43
gabapentin.....	13	guanfacine hcl er.....	84
galantamine hydrobromide.....	15	GUANIDINE HCL.....	21
galantamine hydrobromide er.....	15		
GAMMAGARD.....	71	H	
GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	71	HADLIMA.....	73
GAMUNEX-C.....	72	HADLIMA PUSH TOUCH.....	73
GARDASIL 9.....	75	HAEGARDA.....	71
GATTEX.....	58	hailey 1.5/30.....	63
gauze pads 2.....	85	hailey fe 1.5/30.....	63
GAVILYTE-C.....	58	hailey fe 1/20.....	63
gavilyte-g.....	58	halobetasol propionate.....	52
gavilyte-n with flavor pack.....	57	haloette.....	63
GAVRETO.....	28	haloperidol.....	35
gefitinib.....	28	haloperidol decanoate.....	35
gemfibrozil.....	48	haloperidol lactate.....	35
GEMTESA.....	58	HARVONI.....	39
generlac.....	57	HAVRIX.....	75
gengraf.....	73	heather.....	67
GENOTROPIN.....	61	heparin sodium (porcine).....	60

heparin sodium (porcine) pf.	60		
HEPATAMINE.	54	I	
HEPLISAV-B.	75	ibandronate sodium.	56
HIBERIX.	75	IBRANCE.	28
HIZENTRA.	72	ibu.	3
HUMALOG.	81	ibuprofen.	3
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.	81	icatibant acetate.	71
HUMALOG KWIKPEN.	81	iclevia.	63
HUMALOG MIX 50/50.	81	ICLUSIG.	28
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.	81	icosapent ethyl.	49
HUMALOG MIX 75/25.	81	IDHIFA.	24
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.	81	ILARIS.	72
HUMIRA.	73	imatinib mesylate.	28,29
HUMIRA (2 PEN).	73	IMBRUVICA.	29
HUMIRA (2 SYRINGE).	73	imipenem-cilastatin.	9
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.	73,74	imipramine hcl.	17
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER.	74	imiquimod.	53
HUMIRA-PED>/=40KG CROHNS START.	74	IMOVAX RABIES.	75
HUMIRA-PED>/=40KG UC STARTER.	74	incassia.	67
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER.	74	INCRELEX.	61
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER.	74	indapamide.	49
HUMULIN 70/30.	81	indomethacin.	3
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.	81	INFANRIX.	75
HUMULIN N.	82	INLYTA.	29
HUMULIN N KWIKPEN.	82	INQOVI.	23
HUMULIN R.	82	INREBIC.	24
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).	82	INSULIN LISPRO.	82
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.	82	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).	82
hydralazine hcl.	50	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.	82
hydrochlorothiazide.	49	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.	82
hydrocodone-acetaminophen.	1	INSULIN PEN NEEDLES.	85
hydrocortisone.	52,56	INSULIN PEN NEEDLES.	85
hydrocortisone (perianal).	52	INSULIN SYRINGE 0.3 ML.	86
hydrocortisone butyrate.	68	INSULIN SYRINGE 0.5 ML.	86
hydrocortisone valerate.	52,69	INSULIN SYRINGE 1 ML.	86
hydrocortisone-acetic acid.	93	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.	86
hydromorphone hcl.	1	INSUPEN PEN NEEDLES.	86
hydroxychloroquine sulfate.	33	INTELENCE.	41
HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE.	67	INTRALIPID.	54
hydroxyurea.	23	INTRON A.	71
hydroxyzine hcl.	88	introvale.	64

INVEGA HAFYERA	36
INVEGA SUSTENNA	36
INVEGA TRINZA	36,37
IPOL	75
ipratropium bromide	88
ipratropium-albuterol	90
irbesartan	43
irbesartan-hydrochlorothiazide	47
ISENTRESS	39
ISENTRESS HD	39
isibloom	64
isoniazid	21
isopropyl alcohol	86
isopropyl alcohol wipes	86
isosorbide dinitrate	50
isosorbide mononitrate	50
isosorbide mononitrate er	50
isotretinoin	51
itraconazole	19
ivabradine hcl	47
ivermectin	33
IWILFIN	86
IXCHIQ	75
IXIARO	75

J

JAKAFI	29
jantoven	60
JANUMET	80
JANUMET XR	80
JANUVIA	80
JARDIANCE	80
jasmiel	64
javygtor	91
JAYPIRCA	29
jencycla	67
JENTADUETO	80
JENTADUETO XR	80
jinteli	64
jolessa	64
juleber	64

JULUCA	39
junel 1.5/30	64
junel 1/20	64
junel fe 1.5/30	64
junel fe 1/20	64
JYNNEOS	75

K

kalliga	64
KALYDECO	89
kariva	64
kcl in dextrose-nacl	54
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	55
kelnor 1/35	64
kelnor 1/50	64
KEPIVANCE	43
KERENDIA	80
ketoconazole	19
ketorolac tromethamine	77,78
KINRIX	75
kionex	54
KISQALI (200 MG DOSE)	29
KISQALI (400 MG DOSE)	29
KISQALI (600 MG DOSE)	29
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	24
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	24
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	24
klayesta	20
klor-con	54
klor-con 10	54
klor-con m10	54
klor-con m15	54
klor-con m20	54
klor-con sprinkle	54
KOSELUGO	24
kourzeq	43
KRAZATI	24
kurvelo	64

L

l-glutamine	91
-------------	----

labetalol hcl	44	levetiracetam er	11,12
lacosamide	14	levo-t	69
lactated ringers	55	LEVOBUNOLOL HCL	78
lactulose	57	levocarnitine	55
lactulose encephalopathy	57	levocetirizine dihydrochloride	88
LAGEVRIO	86	levofloxacin	10
lamivudine	38,41	LEVOFLOXACIN	77
lamivudine-zidovudine	41	levofloxacin in d5w	10
lamotrigine	11	levonest	64
LANREOTIDE ACETATE	70	levonorg-eth estrad triphasic	64
lansoprazole	58	levonorgest-eth estrad 91-day	64
LANTUS	82	levonorgestrel-ethinyl estrad	64
LANTUS SOLOSTAR	82	levora 0.15/30 (28)	64
lapatinib ditosylate	29	levothyroxine sodium	69
larin 1.5/30	64	levoxyl	70
larin 1/20	64	LEXIVA	40
larin fe 1.5/30	64	LIBERVANT	13
larin fe 1/20	64	lidocaine	3
larissia	64	LIDOCAINE HCL	3
latanoprost	78	lidocaine viscous hcl	3
LAZCLUZE	26	lidocaine-prilocaine	3
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	39	lidocan	3
leena	64	lillow	64
leflunomide	74	linezolid	6
lenalidomide	23	LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE	6
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	29	LINZESS	57
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	29	liothyronine sodium	70
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	29	lisinopril	50
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	29	lisinopril-hydrochlorothiazide	47
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	29	lithium	42
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	29	lithium carbonate	42
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	29	lithium carbonate er	43
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	29	lo-zumandimine	64
lessina	64	loestrin 1.5/30 (21)	64
letrozole	26	loestrin 1/20 (21)	64
leucovorin calcium	24	loestrin fe 1.5/30	64
LEUKERAN	22	loestrin fe 1/20	65
leuprolide acetate	70	LONSURF	24
levalbuterol hcl	89	loperamide hcl	57
LEVALBUTEROL TARTRATE	89	lopinavir-ritonavir	40
levetiracetam	11	lorazepam	4

LORBRENA.....	30	megestrol acetate.....	67
loryna.....	65	MEKINIST.....	30
losartan potassium.....	43	MEKTOVI.....	30
losartan potassium-hctz.....	47	meloxicam.....	3
lovastatin.....	48	memantine hcl.....	15
low-ogestrel.....	65	memantine hcl er.....	15
loxapine succinate.....	35	MENACTRA.....	75
lubiprostone.....	57	MENEST.....	65
LUMAKRAS.....	24	MENQUADFI.....	76
LUMIGAN.....	78	MENVEO.....	76
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	70	meprobamate.....	3
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	70	mercaptopurine.....	23
LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	70	meropenem.....	9
LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	70	MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	9
lurasidone hcl.....	37	mesalamine.....	56
lutra.....	65	mesalamine er.....	56
LYBALVI.....	16	mesna.....	26
lyleq.....	67	MESNEX.....	26
lyllana.....	65	metformin hcl.....	80
LYNPARZA.....	30	metformin hcl er.....	80
LYSODREN.....	24	methadone hcl.....	2
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	30	methazolamide.....	78
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	30	methenamine hippurate.....	6
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	30	methergine.....	86
lyza.....	67	methimazole.....	71
M		methocarbamol.....	77
M-M-R II.....	75	METHOTREXATE SODIUM.....	74
magnesium sulfate.....	54	methotrexate sodium.....	74
malathion.....	53	methotrexate sodium (pf).....	74
MAPROTILINE HCL.....	16	methsuximide.....	14
maraviroc.....	42	methyl dopa.....	43
marlissa.....	65	methylergonovine maleate.....	86
MARPLAN.....	16	methylphenidate hcl.....	84
MATULANE.....	22	methylphenidate hcl er.....	84
MAVYRET.....	39	methylprednisolone.....	69
meclizine hcl.....	18	methylprednisolone acetate.....	69
medi-meclizine.....	18	methylprednisolone sodium succ.....	69
medpura alcohol pads.....	86	metoclopramide hcl.....	18
medroxyprogesterone acetate.....	67	metolazone.....	49
mefloquine hcl.....	33	metoprolol succinate er.....	45
		metoprolol tartrate.....	45

metoprolol-hydrochlorothiazide	47	mycophenolate mofetil hcl	74
metronidazole	6	mycophenolate sodium	74
metyrosine	47	mycophenolic acid	74
mexiletine hcl	44	myorisan	51
micafungin sodium	20	MYRBETRIQ	58
MICONAZOLE 3	20	N	
microgestin 1.5/30	65	na sulfate-k sulfate-mg sulf	57
microgestin 1/20	65	nabumetone	3
microgestin fe 1.5/30	65	nafcillin sodium	8
microgestin fe 1/20	65	nafrinse	55
midodrine hcl	43	NAGLAZYME	91
mifepristone	69	naloxone hcl	5
MIGERGOT	21	naltrexone hcl	5
miglustat	91	naproxen	3
mili	65	naproxen dr	3
minitran	50	naratriptan hcl	20
minocycline hcl	11	NATACYN	77
minoxidil	50	nateglinide	80
mirtazapine	16	NATPARA	56
misoprostol	58	NAYZILAM	3
modafinil	92	nebivolol hcl	45
moexipril hcl	50	necon 0.5/35 (28)	65
MOLINDONE HCL	35	NEFAZODONE HCL	17
mometasone furoate	52,69	neo-polycin	79
mondoxyne nl	11	neo-polycin hc	79
mono-lynyah	65	neomycin sulfate	5
montelukast sodium	88	neomycin-bacitracin zn-polymyx	79
morgidox	11	neomycin-polymyxin-dexameth	79
morphine sulfate	1	NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	79
morphine sulfate (concentrate)	1	neomycin-polymyxin-hc	93
morphine sulfate er	2	NERLYNX	30
MOUNJARO	80	NEUPRO	34
MOVANTIK	57	nevirapine	41
moxifloxacin hcl	10,77	NEVIRAPINE	41
MOXIFLOXACIN HCL	10	NEVIRAPINE ER	41
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY)	77	nevirapine er	41
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL	10	niacin er (antihyperlipidemic)	49
MRESVIA	76	NICOTROL NS	4
mupirocin	51	nifedipine er	45
MYALEPT	58	nifedipine er osmotic release	45
mycophenolate mofetil	74		

nikki	65	nystatin	20
nilutamide	22	nystop	20
nimodipine	45	O	
NINLARO	24	ocella	66
nitazoxanide	33	octreotide acetate	70
nitisinone	91	OCTREOTIDE ACETATE	70
NITRO-BID	50	ODEFSEY	41
nitrofurantoin macrocrystal	6	ODOMZO	30
nitrofurantoin monohyd macro	6	OFEV	89
nitroglycerin	50,51	ofloxacin	10,77,93
NITROSTAT	51	OGSIVEO	24,25
nora-be	67	OJEMDA	26
norethin ace-eth estrad-fe	65	OJJAARA	26
norethin-eth estradiol-fe	65	olanzapine	37
norethindrone	67	olmesartan medoxomil	43
norethindrone acet-ethinyl est	65	olmesartan medoxomil-hctz	47
norethindrone acetate	68	olmesartan-amlodipine-hctz	47
norethindrone-eth estradiol	65	olopatadine hcl	77
norgestim-eth estrad triphasic	65	omega-3-acid ethyl esters	49
norgestimate-eth estradiol	65	omeprazole	58
norlyda	68	OMNITROPE	61
norlyroc	68	ondansetron	18
NORMOSOL-M IN D5W	54	ONDANSETRON HCL	18
nortrel 0.5/35 (28)	65	ondansetron hcl	18,19
nortrel 1/35 (21)	65	ONUREG	25
nortrel 1/35 (28)	65	OPSUMIT	87
nortrel 7/7/7	65	OPVEE	86
nortriptyline hcl	17	oralone	43
NORVIR	40	ORGOVYX	70
NOVOFINE 32G X 6 MM MISC	86	ORSERDU	22
NOVOTWIST 32G X 5 MM MISC	86	orsythia	66
NUBEQA	22	oseltamivir phosphate	38
NUCALA	90	OSPHENA	67
NUPLAZID	37	OTEZLA	53,72
NURTEC	21	oxandrolone	61
NUTRILIPID	54	oxcarbazepine	14
nyamyc	20	oxybutynin chloride	58
nylia 1/35	65	oxybutynin chloride er	59
nylia 7/7/7	65	oxycodone hcl	1
NYMALIZE	45	oxycodone-acetaminophen	2
nymyo	66		

OXYCODONE-ACETAMINOPHEN.....	2
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	80
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	80
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	80

P

pacerone.....	44
paliperidone er.....	37
PANRETIN.....	33
pantoprazole sodium.....	58
paricalcitol.....	56
paroex.....	43
paromomycin sulfate.....	5
paroxetine hcl.....	17
PASER.....	21
PAXLOVID (150/100).....	86
PAXLOVID (300/100).....	86
pazopanib hcl.....	30
PEDIARIX.....	76
PEDVAX HIB.....	76
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	58
peg-3350/electrolytes.....	58
PEGASYS.....	71
PEMAZYRE.....	30
PEN NEEDLES.....	86
PENBRAYA.....	76
penicillamine.....	59
penicillin g potassium.....	8
PENICILLIN G SODIUM.....	9
penicillin v potassium.....	9
PENTACEL.....	76
pentamidine isethionate.....	33
pentoxifylline er.....	47
perindopril erbumine.....	50
perigard.....	43
permethrin.....	53
perphenazine.....	18
PERSERIS.....	37
PFIZERPEN.....	9
phenelzine sulfate.....	16
phenobarbital.....	13

phenytek.....	14
phenytoin.....	14
phenytoin infatabs.....	14
phenytoin sodium extended.....	14
philith.....	66
PHOSPHOLINE IODIDE.....	78
PIFELTRO.....	41
pilocarpine hcl.....	43,78
PIMOZIDE.....	35
pimtrea.....	66
pioglitazone hcl.....	80
piperacillin sod-tazobactam so.....	9
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	30
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	30
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	30
pirfenidone.....	89
PIRFENIDONE.....	89
pirmella 1/35.....	66
pirmella 7/7/7.....	66
podofilox.....	53
polycin.....	79
polymyxin b-trimethoprim.....	77
POMALYST.....	23
portia-28.....	66
posaconazole.....	20
potassium chloride.....	55
potassium chloride crys er.....	55
potassium chloride er.....	55
potassium chloride in dextrose.....	55
potassium chloride in nacl.....	55
potassium citrate er.....	55
pramipexole dihydrochloride.....	34
pravastatin sodium.....	48
praziquantel.....	33
prazosin hcl.....	44
prednisolone.....	69
prednisolone acetate.....	78
prednisolone sodium phosphate.....	69
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	78
prednisone.....	69
PREDNISONE.....	69

PREDNISON INTENSOL.....	69	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	86
pregabalin.....	83	PURIXAN.....	23
PREHEVBRIO.....	76	pyrazinamide.....	21
PREMARIN.....	66	pyridostigmine bromide.....	21
PREMASOL.....	55	pyrimethamine.....	33
premium lidocaine.....	3	Q	
prenatal vitamins.....	55	qc alcohol.....	86
prevalite.....	49	QINLOCK.....	25
previfem.....	66	QUADRACEL.....	76
PREVYMIS.....	38	quetiapine fumarate.....	37
PREZCOBIX.....	40	quinapril hcl.....	50
PREZISTA.....	40	quinapril-hydrochlorothiazide.....	47
PRIFTIN.....	21	quinidine sulfate.....	44
primaquine phosphate.....	33	quinine sulfate.....	33
primidone.....	13	R	
PRIORIX.....	76	ra isopropyl alcohol wipes.....	86
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	86	RABAVERT.....	76
probenecid.....	20	rabeprazole sodium.....	58
prochlorperazine.....	18	raloxifene hcl.....	67
prochlorperazine maleate.....	18	ramelteon.....	92
procto-med hc.....	52	ramipril.....	50
procto-pak.....	52	ranolazine er.....	47
proctosol hc.....	52	rasagiline mesylate.....	34
proctozone-hc.....	52	reclipsen.....	66
PROCYSBI.....	91	RECOMBIVAX HB.....	76
progesterone.....	68	relafen.....	3
PROGRAF.....	74	RELENZA DISKHALER.....	38
PROLASTIN-C.....	91	RELISTOR.....	58
PROLENSA.....	78	repaglinide.....	80
PROLIA.....	56	REPATHA.....	49
PROMACTA.....	60	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	49
promethazine hcl.....	18	REPATHA SURECLICK.....	49
propafenone hcl.....	44	RESTASIS.....	79
propranolol hcl.....	45	RESTASIS MULTIDOSE.....	79
propranolol hcl er.....	45	RETACRIT.....	60
PROPRANOLOL-HCTZ.....	47	RETEVMO.....	25
propylthiouracil.....	71	REVLIMID.....	23
PROQUAD.....	76	REXULTI.....	37
protriptyline hcl.....	17	REYATAZ.....	40
PULMICORT FLEXHALER.....	88		
PULMOZYME.....	89		

REZLIDHIA.....	30	SCEMBLIX.....	30,31
REZUROCK.....	74	scopolamine.....	18
RHOPRESSA.....	78	SECUADO.....	37
ribavirin.....	39,91	SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	86
rifabutin.....	21	selegiline hcl.....	34
rifampin.....	21,22	selenium sulfide.....	52
RIFATER.....	22	SELZENTRY.....	42
riluzole.....	83	SEREVENT DISKUS.....	89
RIMANTADINE HCL.....	38	sertraline hcl.....	17
ringers.....	55	setlakin.....	66
ringers irrigation.....	55	sevelamer carbonate.....	54
RINVOQ.....	74	sharobel.....	68
RINVOQ LQ.....	74	SHINGRIX.....	76
risedronate sodium.....	56	SIGNIFOR.....	70
risperidone.....	37	sildenafil citrate.....	87
risperidone microspheres er.....	37	SILIGENTLE FOAM DRESSING.....	86
ritonavir.....	40	silodosin.....	59
rivastigmine tartrate.....	15	silver sulfadiazine.....	53
rizatriptan benzoate.....	20	simliya.....	66
ROCKLATAN.....	79	simvastatin.....	48
roflumilast.....	90	sirolimus.....	74
ropinirole hcl.....	34	SIRTURO.....	22
rosadan.....	6	SKYRIZI.....	53,58,72
rosuvastatin calcium.....	48	SKYRIZI (150 MG DOSE).....	72
ROTARIX.....	76	SKYRIZI PEN.....	72
ROTATEQ.....	76	SMOFLIPID.....	55
roweepra.....	12	sodium chloride.....	55
roweepra xr.....	12	sodium chloride (pf).....	55
ROZLYTREK.....	25	sodium fluoride.....	55
RUBRACA.....	30	sodium phenylbutyrate.....	92
rufinamide.....	14	sodium polystyrene sulfonate.....	54
RUKOBIA.....	42	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR.....	39
RYBELSUS.....	80	solifenacin succinate.....	59
RYDAPT.....	30	SOLTAMOX.....	23
S		SOMATULINE DEPOT.....	70
sajazir.....	71	SOMAVERT.....	71
SANDIMMUNE.....	74	sorafenib tosylate.....	31
SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	70	sorine.....	44
SANTYL.....	53	sotalol hcl.....	44
sapropterin dihydrochloride.....	91	sotalol hcl (af).....	44
		SPIRIVA HANDIHALER.....	88

SPIRIVA RESPIMAT	88	SYNTHROID	70
spironolactone	49	T	
spironolactone-hctz	47	TABLOID	23
sprintec 28	66	TABRECTA	25
SPRITAM	12	tacrolimus	52,75
SPRYCEL	31	TAFINLAR	31
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)	54	TAGRISSO	31
sronyx	66	TALTZ	72
ssd	53	TALZENNA	31
stavudine	41	tamoxifen citrate	23
STELARA	53,72	tamsulosin hcl	59
sterile water for irrigation	86	tarina fe 1/20	66
STIVARGA	31	tarina fe 1/20 eq	66
STRENSIQ	92	TASIGNA	31
STREPTOMYCIN SULFATE	5	tasimelteon	92
STRIBILD	39	tazarotene	51
subvenite	12	TAZICEF	8
sucrafate	58	TAZORAC	51
sulfacetamide sodium	77	taztia xt	46
sulfacetamide sodium (acne)	10	TAZVERIK	25
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	79	TDVAX	76
sulfadiazine	10	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	87
sulfamethoxazole-trimethoprim	10	TEFLARO	8
SULFAMYLON	51	telmisartan	44
sulfasalazine	56	temazepam	92
sulindac	3	TEMIXYS	42
sumatriptan	20	TENIVAC	76
sumatriptan succinate	20	tenofovir disoproxil fumarate	42
sumatriptan succinate refill	20	TEPMETKO	31
sunitinib malate	31	terazosin hcl	44
SUNLENCA	42	terbinafine hcl	20
SURE COMFORT PEN NEEDLES	87	terconazole	20
syeda	66	TERIPARATIDE (RECOMBINANT)	57
SYMDEKO	89	testosterone	61
SYMPAZAN	13	testosterone cypionate	61
SYMTUZA	40	TESTOSTERONE ENANTHATE	61
SYNAREL	71	tetrabenazine	83
SYNERCID	6	tetracycline hcl	11
SYNJARDY	80	THALOMID	23
SYNJARDY XR	81	theophylline er	90
SYNRIBO	25		

thioridazine hcl.....	35	tri-previfem.....	66
thiotepa.....	22	tri-sprintec.....	66
thiothixene.....	35	tri-vylibra.....	66
tiadylt er.....	46	triamcinolone acetonide.....	43,52,53
tiagabine hcl.....	13	triamterene-hctz.....	48
TIBSOVO.....	31	triazolam.....	92
TICOVAC.....	76	triderm.....	53
tigecycline.....	6	trientine hcl.....	53
timolol maleate.....	21,78	TRIENTINE HCL.....	53
tis-u-sol.....	56	trifluoperazine hcl.....	35
TIVICAY.....	39	TRIFLURIDINE.....	39
TIVICAY PD.....	39	trihexyphenidyl hcl.....	34
tizanidine hcl.....	19	TRIKAFTA.....	90
tobramycin.....	77,89,90	trilyte.....	58
tobramycin sulfate.....	5	trimethoprim.....	7
tobramycin-dexamethasone.....	79	trimipramine maleate.....	18
TOLAK.....	53	TRINTELLIX.....	17
TOLBUTAMIDE.....	81	TRIUMEQ.....	42
topiramate.....	12	TRIUMEQ PD.....	42
toremifene citrate.....	23	trivora (28).....	66
toremide.....	49	TRIZIVIR.....	42
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	82	tropium chloride.....	59
TOUJEO SOLOSTAR.....	82	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	87
TPN ELECTROLYTES.....	56	TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	87
TRACLEER.....	87	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	87
TRADJENTA.....	81	TRULICITY.....	81
tramadol hcl.....	2	TRUMENBA.....	76
tramadol-acetaminophen.....	2	TRUQAP.....	26
trandolapril.....	50	TUKYSA.....	31
tranexamic acid.....	60	tulana.....	68
tranylcypromine sulfate.....	16	TURALIO.....	31
trazodone hcl.....	17	turqoz.....	66
TRECTOR.....	22	TWINRIX.....	76
TRELEGY ELLIPTA.....	91	TYBOST.....	42
TRELSTAR MIXJECT.....	71	TYMLOS.....	57
tretinoin.....	33,51	TYPHIM VI.....	76
tri femynor.....	66	TYSABRI.....	82
tri-estarylla.....	66		
tri-linyah.....	66	U	
tri-mili.....	66	UBRELVY.....	21
tri-nymyo.....	66	UKONIQ.....	32

ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE	87	VERSACLOZ	35
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	87	VERZENIO	32
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	87	vestura	66
unithroid	70	VICTOZA	81
ursodiol	58	vienna	66
V		vigabatrin	13
valacyclovir hcl	39	vigadrone	13
VALCHLOR	22	VIGAFYDE	13
valganciclovir hcl	38	vigpoder	13
valproate sodium	12	VIIBRYD STARTER PACK	17
valproic acid	12	vilazodone hcl	17
valsartan	44	viorele	66
valsartan-hydrochlorothiazide	48	VIRACEPT	40
VALTOCO 10 MG DOSE	13	VIREAD	42
VALTOCO 15 MG DOSE	13	VITRAKVI	32
VALTOCO 20 MG DOSE	13	VIZIMPRO	32
VALTOCO 5 MG DOSE	13	volnea	66
vancomycin hcl	7	VONJO	26
VANDAZOLE	7	VORANIGO	32
VANFLYTA	25	voriconazole	20
VAQTA	76	VOSEVI	39
varenicline tartrate	4	VRAYLAR	37
varenicline tartrate (starter)	4	vyfemla	67
varenicline tartrate(continue)	4	vylibra	67
VARIVAX	76	W	
VAXCHORA	76	warfarin sodium	60
VELIVET	66	WELIREG	25
VELTASSA	54	wera	67
VENCLEXTA	32	wixela inhub	91
VENCLEXTA STARTING PACK	32	wymzya fe	67
venlafaxine hcl	17	X	
venlafaxine hcl er	17	XALKORI	32
VENTAVIS	87,88	XARELTO	60
verapamil hcl	46	XARELTO STARTER PACK	60
VERAPAMIL HCL ER	46	XATMEP	75
verapamil hcl er	46	XCOPRI	12
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	87	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	12
VERIFINE INSULIN SYRINGE	87	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	12
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	87	XELJANZ	72
VERQUVO	48		

XELJANZ XR.....	75	ZONISADE.....	14
XERMELO.....	57	zonisamide.....	14
XGEVA.....	57	zovia 1/35 (28).....	67
XIFAXAN.....	7	zovia 1/35e (28).....	67
XIGDUO XR.....	81	ZTALMY.....	12
XIIDRA.....	79	zumandimine.....	67
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	38	ZURZUVAE.....	16
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	38	ZYDELIG.....	32
XOLAIR.....	72,73	ZYKADIA.....	32
XOSPATA.....	32	ZYPREXA RELPREVV.....	38
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	25		
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	25		
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	25		
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	26		
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	26		
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	26		
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	26		
XTANDI.....	22		
XYREM.....	92		

Y

yargesa.....	92
YF-VAX.....	76
yuvaferm.....	67

Z

zafirlukast.....	88
zarah.....	67
ZARXIO.....	60
ZEJULA.....	32
ZELBORAF.....	32
zenatane.....	51
ZENPEP.....	92
zenzedi.....	83,84
zidovudine.....	42
ziprasidone hcl.....	37
ziprasidone mesylate.....	38
ZIRGAN.....	38
zoledronic acid.....	57
ZOLINZA.....	26
zolpidem tartrate.....	92



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es contra la ley. Blue Shield of California cumple con las leyes de derechos civiles federales y las leyes estatales aplicables, y no discrimina a las personas por su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California da lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratis a personas con discapacidad para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados en lengua de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas a personas cuyo primer idioma no es el inglés; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California.

Si cree que Blue Shield of California no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede usar esta información para hacer un reclamo:

Blue Shield of California Civil

Rights Coordinator

P.O. Box 629007

El Dorado Hills, CA 95762-9007

Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)

Fax: (844) 696-6070

Dirección electrónica: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, el Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición.

También puede hacer una queja de derechos civiles en la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) de manera electrónica mediante el portal de quejas de esa oficina, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o puede usar esta información para hacerlo por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Insert
Multi-Language Interpreter Services

English We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-776-4466. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-776-4466. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-776-4466。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-776-4466。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-776-4466. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-776-4466. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-776-4466 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-776-4466. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-776-4466 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-776-4466. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-776-4466. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري،

Hindi हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-776-4466 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian E disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-776-4466. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-776-4466. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-776-4466. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-776-4466. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-776-4466 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hmong Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm peb li kev noj qab haus huv los sis lub phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-776-4466. Muaj cov paub lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog pab dawb.

Ukrainian Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які запитання щодо нашого плану лікування чи надання лікарських засобів. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-776-4466. Вам може допомогти хтось, хто розмовляє Українською. Це безкоштовна послуга.

Navajo D77 ats'77s baa lhly3 47 doodago aze'e bee aa lhly3 b7na'7d7[kidgo 47 n1 ata' hodoolnih77 h0l=. Ata' halne'4 biniiy4go, koj8' 1-800-776-4466 b44sh bee hod77lnih. Diné k'ehj7 y1[ti'i n7k1 adoolwo]. D77 t'11 j77k'eh bee an1'1wo.

Punjabi ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਨਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਰੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਬਾਰੀਆ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-776-4466 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្តល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានា ដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្តល់មាត់ម្នាក់ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-776-4466។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Mien Yie mbuo mbenc duqv maaih tengx wang-henh nzie faan waac mienh liouh dau waac bun muangx dongh nzunc baav meih maaih waac naaic taux yie mbuo gorngv taux yie nyei heng-wangc jauv-louc a'fai ndie-daan. Liouh lorx zipv longc faan waac nor, douc waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-776-4466. Maaih mienh gorngv benx Mienh waac haih tengx nzie duqv meih. Naaiv se benx wang-henh nzie weih jauv-louc oc.

Lao ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-776-4466. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մեզ քոտ հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կազմակերպիչի հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ունենալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-800-776-4466 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հարցերին իմացող թարգմանիչը: Ծառայությունն անվճար է:

Farsi ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سوالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارید پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کافیت با ما به شماره 1-800-776-4466 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Thai ภาษาไทย เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-776-4466 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี

Este formulario se actualizó el **11/19/2024** . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California al **(888) 239-6469** o al **711** para los usuarios del sistema TTY, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, o visite el sitio web **blueshieldca.com/medformulary2024**.

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye un número limitado de farmacias preferidas de bajo costo en algunos condados de California. Es posible que los bajos costos publicados en los anuncios de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red y saber si hay farmacias preferidas de bajo costo en su área, llame al **(888) 239-6469 [TTY: 711]**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, o consulte el directorio de farmacias por Internet en **blueshieldca.com/medpharmacy2024**.

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。