Blue Shield Inspire (HMO)

Formulario de 2021

(Lista de medicamentos cubiertos)

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

N.° de identificación del formulario 21411, versión **24**

Este formulario se actualizó el **11/22/2021** . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Atención al Cliente de Blue Shield of California al (800) 776-4466 o, para usuarios del sistema TTY, al 711. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., los sábados y domingos), desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. También puede entrar a blueshieldca.com/medFormulary2021.

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 Inspire.

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que es válida a partir del **11/22/2021** . 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 al beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2022 y de vez en cuando durante el año.



¿Qué es el formulario de Blue Shield Inspire?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados entre Blue Shield Inspire 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, Blue Shield Inspire 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 Blue Shield Inspire 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.
    - 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 Inspire?".

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Medicamentos y Alimentos) 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 le 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 al mercado un medicamento genérico que no sea nuevo 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 ambas 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.

- 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 Inspire?".

Cambios que no lo afectarán si está tomando un medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2021 que tenía cobertura a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2021, 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 un aviso directo sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, esos cambios sí lo afectarían, y es importante revisar la lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por si hay algún cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto es válido a partir del **11/22/2021** . Comuníquese con nosotros para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Blue Shield Inspire. 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/medFormulary2021.

¿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 2. 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 2. después, busque el medicamento en esa categoría.

Por orden alfabético

Si no está seguro en qué categoría buscar su medicamento, revise el índice que empieza en la página 84 . 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?

Blue Shield Inspire 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:** Blue Shield Inspire exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para algunos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener una aprobación de Blue Shield Inspire antes de recibir sus medicamentos recetados. Si no obtiene la aprobación, es posible que Blue Shield Inspire no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad:** Para algunos medicamentos, Blue Shield Inspire pone un límite en la cantidad de medicamento que Blue Shield Inspire cubrirá. Por ejemplo, en el caso del *sumatriptán* (la versión genérica de IMITREX), nuestro plan brinda 18 comprimidos cada 30 días, además de un suministro estándar de un mes o de tres meses.

- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Blue Shield Inspire 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 Blue Shield Inspire no cubra el medicamento B, a menos que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, Blue Shield Inspire cubrirá entonces el medicamento B.

Puede ver si hay más límites o requisitos para su medicamento en el formulario que empieza en la página 2. 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. 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 Blue Shield Inspire 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 "¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield Inspire?" en la página iv.

¿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 Atención al Cliente y preguntar si su medicamento tiene cobertura.

Si le informan que Blue Shield Inspire no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Atención al Cliente que le envíe una lista de medicamentos similares cubiertos por Blue Shield Inspire. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que cubra nuestro plan.

- Puede pedirle a Blue Shield Inspire 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 Inspire?

Puede pedirle a Blue Shield Inspire 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, Blue Shield Inspire 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, Blue Shield Inspire 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 de Blue Shield Inspire.
- 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 de Blue Shield Inspire 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 Blue Shield Inspire y de acuerdo con la guía de Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) 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 Atención al Cliente de Blue Shield Inspire 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, en blueshieldca.com/medFormulary2021 (seleccione "prior authorization forms" [formularios de autorización previa]). 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 Blue Shield Inspire. 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 brindaremos 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 alcanzar 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 su cobertura de medicamentos recetados de Blue Shield Inspire, lea su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Blue Shield Inspire, 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), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede entrar a http://www.medicare.gov.

Formulario de Blue Shield Inspire

El siguiente formulario brinda información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por Blue Shield Inspire. Si tiene algún problema para encontrar su medicamento en la lista, revise el índice que empieza en la página 84 .

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 Blue Shield Inspire tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Copagos/Coseguros en la Etapa de Cobertura Inicial para los miembros de Blue Shield Inspire en los condados de Fresno, Madera, Alameda, Sacramento y San Mateo:

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO		
		Condados de Fresno, Madera y Alameda	Condado de Sacramento	Condado de San Mateo
1: **Medicamentos genéricos preferidos**	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 100 días)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$5 de copago	$5 de copago	$5 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días)	$5 de copago	$5 de copago	$5 de copago
2: **Medicamentos genéricos**	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$12 de copago	$12 de copago	$12 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)	$18 de copago	$18 de copago	$18 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$20 de copago	$20 de copago	$20 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	$60 de copago	$60 de copago	$60 de copago

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO		
		Condados de Fresno, Madera y Alameda	Condado de Sacramento	Condado de San Mateo
3: **Medicamentos de marca preferidos**	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$40 de copago	$40 de copago	$40 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)	$100 de copago	$100 de copago	$100 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$47 de copago	$47 de copago	$47 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	$141 de copago	$141 de copago	$141 de copago
4: **Medicamentos no preferidos**	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$95 de copago	$95 de copago	$95 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)	$237.50 de copago	$237.50 de copago	$237.50 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$100 de copago	$100 de copago	$100 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	$300 de copago	$300 de copago	$300 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)	33% de coseguro	30% de coseguro	31% 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).

Copagos/Coseguros en la Etapa de Cobertura Inicial para los miembros de Blue Shield Inspire en los condados de Los Angeles, Orange, Santa Clara, San Joaquin, Stanislaus y Merced:

		COSTO COMPARTIDO		
NIVEL	**SUMINISTRO**	Condados de Los Ángeles y Orange	Condado de Santa Clara	Condados de San Joaquín, Stanislaus y Merced
1: **Medicamentos genéricos preferidos**	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido del servicio por correo del plan (suministro de hasta 100 días)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$5 de copago	$5 de copago	$5 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días)	$5 de copago	$5 de copago	$5 de copago
2: **Medicamentos genéricos**	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$3 de copago	$10 de copago	$10 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)	$4.50 de copago	$15 de copago	$15 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$10 de copago	$18 de copago	$18 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	$30 de copago	$54 de copago	$54 de copago

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO		
		Condados de Los Ángeles y Orange	Condado de Santa Clara	Condados de San Joaquín, Stanislaus y Merced
3: **Medicamentos de marca preferidos**	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$35 de copago	$40 de copago	$40 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)	$87.50 de copago	$100 de copago	$100 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$47 de copago	$47 de copago	$47 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	$141 de copago	$141 de copago	$141 de copago
4: **Medicamentos no preferidos**	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$95 de copago	$95 de copago	$95 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)	$237.50 de copago	$237.50 de copago	$237.50 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	$100 de copago	$100 de copago	$100 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	$300 de copago	$300 de copago	$300 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)	33% de coseguro	33% de coseguro	33% 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
4	Medicamentos no preferidos
5	Medicamentos especializados

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
QL	Límite de cantidad	Este medicamento está sujeto a un límite de dosis o de cantidad recetada. Los límites máximos de las dosis diarias están definidos por la FDA y figuran en el prospecto del medicamento. Otros límites de cantidad promueven las dosis consolidadas siempre que sea posible.
PA	Autorización previa	La cobertura para este medicamento recetado requiere autorización previa de Blue Shield. Llame a Blue Shield para brindar la información necesaria para determinar la cobertura. Es posible que algunos medicamentos exijan una determinación de cobertura sobre la Parte B o la Parte D, de acuerdo con las normas de cobertura de Medicare. Estos medicamentos están indicados con la frase "PA: Determinación sobre la Parte B o la Parte D".
ST	Tratamiento escalonado	Se brinda cobertura para estos medicamentos recetados cuando se han probado otros tratamientos con medicamentos preferidos o de primera línea (tratamiento escalonado).
LA	Acceso limitado	Es posible que este medicamento recetado esté disponible solamente en determinadas farmacias. Para obtener más información, lea su Directorio de Farmacias o llame a Atención al Cliente.
NDS	Suministro diario sin extensión	La medicación NO está disponible para un suministro a largo plazo.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANALGÉSICOS		
ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA		
acetaminophen w/ codeine (w/ tab 300-15 mg, w/ tab 300-30 mg)	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml	NIVEL 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
butalbital-acetaminophen-caff w/ cod cap 50-325-40-30 mg	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-aspirin-caffeine w/cod	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butorphanol tartrate nasal soln 10 mg/ml	NIVEL 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE (30 MG TAB, TAB 30 MG)	NIVEL 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
codeine sulfate (60 mg tab, tab 60 mg)	NIVEL 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	NIVEL 4	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
FENTANYL CITRATE (100 MCG TAB, 200 MCG TAB, LOZENGE ON A HANDLE 200 MCG, 400 MCG TAB, LOZENGE ON A HANDLE 400 MCG, 600 MCG TAB, LOZENGE ON A HANDLE 600 MCG, 800 MCG TAB, LOZENGE ON A HANDLE 800 MCG, LOZENGE ON A HANDLE 1200 MCG, LOZENGE ON A HANDLE 1600 MCG)	NIVEL 5	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (tab 7.5-325 mg, tab 10-325 mg)	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml	NIVEL 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
hydromorphone hcl liqd 1 mg/ml	NIVEL 4	QL (675 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl tab 2 mg	NIVEL 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl tab 4 mg	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl tab 8 mg	NIVEL 3	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate (15 mg tab, tab 15 mg, 30 mg tab, tab 30 mg)	NIVEL 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate oral soln 10 mg/5ml	NIVEL 3	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate oral soln 100 mg/5ml (20 mg/ml)	NIVEL 3	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate oral soln 20 mg/5ml	NIVEL 3	QL (315 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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
oxycodone hcl (tab 15 mg, tab 30 mg)	NIVEL 3	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl conc 100 mg/5ml (20 mg/ml)	NIVEL 4	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl soln 5 mg/5ml	NIVEL 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl tab 10 mg	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl tab 20 mg	NIVEL 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone hcl tab 5 mg	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone w/ acetaminophen (w/ tab 2.5-325 mg, w/ tab 5-325 mg)	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg	NIVEL 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
oxycodone-aspirin (4.8355-325 mg tab, tab 4.8355-325 mg)	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
tramadol hcl (tab 50 mg, 100 mg tab)	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS), NDS
tramadol-acetaminophen	NIVEL 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA		
buprenorphine (5 mcg/hr patch wk, td patch weekly 5 mcg/hr, td patch weekly 7.5 mcg/hr, 10 mcg/hr patch wk, td patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr patch wk, td patch weekly 15 mcg/hr, 20 mcg/hr patch wk, td patch weekly 20 mcg/hr)	NIVEL 4	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
fentanyl (patch 72hr 100 mcg/hr, patch 72hr 12 mcg/hr, patch 72hr 25 mcg/hr, patch 72hr 50 mcg/hr, patch 72hr 75 mcg/hr)	NIVEL 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl (10 mg/5ml solution, soln 10 mg/5ml)	NIVEL 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl (10 mg/ml solution, inj 10 mg/ml)	NIVEL 4	PA, NDS
METHADONE HCL (5 MG/5ML SOLUTION, SOLN 5 MG/5ML)	NIVEL 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl tab 10 mg	NIVEL 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl tab 5 mg	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate (tab er 60 mg, tab er 100 mg, tab er 200 mg)	NIVEL 3	QL (60 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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
morphine sulfate tab er 15 mg	NIVEL 3	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate tab er 30 mg	NIVEL 3	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE HCL ER	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS), NDS
OXYCONTIN (10 MG TB12 DETER, 20 MG TB12 DETER, 40 MG TB12 DETER)	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS), NDS
tramadol hcl (tab er 24hr 100 mg, tab er 24hr 200 mg, tab er 24hr 300 mg)	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS
tramadol hcl (tab er 24hr 100 mg, tab er 24hr 200 mg, tab er 24hr 300 mg)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES		
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE 50-325-40 MG TAB	NIVEL 2	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-aspirin-caffeine cap 50-325-40 mg	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
celecoxib (cap 50 mg, cap 100 mg, cap 200 mg)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
celecoxib cap 400 mg	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
diclofenac potassium tab 50 mg	NIVEL 2	
diclofenac sodium (tab delayed release 25 mg, tab delayed release 50 mg, tab delayed release 75 mg, tab er 24hr 100 mg)	NIVEL 2	
diclofenac sodium gel 1%	NIVEL 4	
diflunisal	NIVEL 3	
etodolac (cap 200 mg, cap 300 mg, tab er 24hr 400 mg, tab er 24hr 500 mg, tab er 24hr 600 mg)	NIVEL 3	
etodolac (tab 400 mg, tab 500 mg)	NIVEL 2	
FLURBIPROFEN (50 MG TAB, TAB 50 MG, TAB 100 MG)	NIVEL 2	
ibuprofen (tab 400 mg, tab 600 mg, tab 800 mg)	NIVEL 2	
indomethacin (cap 25 mg, cap 50 mg)	NIVEL 2	PA
indomethacin cap er 75 mg	NIVEL 3	PA
ketoprofen (25 mg cap, 50 mg cap, cap 50 mg, 75 mg cap, cap 75 mg)	NIVEL 2	
MECLOFENAMATE SODIUM	NIVEL 4	
meloxicam (tab 7.5 mg, tab 15 mg)	NIVEL 2	
nabumetone	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
naproxen (tab 250 mg, tab 375 mg, tab 500 mg, tab ec 375 mg, tab ec 500 mg)	NIVEL 2	
oxaprozin	NIVEL 4	
piroxicam	NIVEL 3	
sulindac	NIVEL 2	

ANESTÉSICOS

ANESTÉSICOS LOCALES

lidocaine hcl (4 % solution, soln 4%)	NIVEL 2	
lidocaine hcl (mouth-throat)	NIVEL 2	
lidocaine oint 5%	NIVEL 4	QL (50 PER 30 OVER TIME)
lidocaine patch 5%	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%	NIVEL 3	QL (30 PER 30 OVER TIME)
NAYZILAM	NIVEL 5	QL (10 PER 30 OVER TIME)

ANSIOLÍTICOS

ANSIOLÍTICOS, OTROS

buspirone hcl	NIVEL 2	
meprobamate	NIVEL 4	PA

BENZODIACEPINAS

alprazolam (tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 1 mg)	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
alprazolam (tab er 24hr 0.5 mg, tab er 24hr 1 mg, tab er 24hr 3 mg)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
alprazolam tab 2 mg	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
alprazolam tab er 24hr 2 mg	NIVEL 4	QL (5 PER 1 DAYS)
chlordiazepoxide hcl cap 10 mg	NIVEL 2	PA, QL (30 PER 1 DAYS)
chlordiazepoxide hcl cap 25 mg	NIVEL 2	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
chlordiazepoxide hcl cap 5 mg	NIVEL 2	PA, QL (60 PER 1 DAYS)
clonazepam (tab 0.125 mg, tab 0.25 mg, tab 0.5 mg)	NIVEL 3	QL (40 PER 1 DAYS)
clonazepam orally disintegrating tab 1 mg	NIVEL 3	QL (20 PER 1 DAYS)
clonazepam orally disintegrating tab 2 mg	NIVEL 3	QL (10 PER 1 DAYS)
clonazepam tab 0.5 mg	NIVEL 2	QL (40 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
clonazepam tab 1 mg	NIVEL 2	QL (20 PER 1 DAYS)
clonazepam tab 2 mg	NIVEL 2	QL (10 PER 1 DAYS)
clorazepate dipotassium tab 15 mg	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
clorazepate dipotassium tab 3.75 mg	NIVEL 2	QL (24 PER 1 DAYS)
clorazepate dipotassium tab 7.5 mg	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
diazepam (conc 5 mg/ml, tab 5 mg)	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
diazepam oral soln 1 mg/ml	NIVEL 2	QL (60 PER 1 DAYS)
diazepam tab 10 mg	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
diazepam tab 2 mg	NIVEL 2	QL (30 PER 1 DAYS)
lorazepam (conc 2 mg/ml, tab 2 mg)	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
lorazepam tab 0.5 mg	NIVEL 2	QL (20 PER 1 DAYS)
lorazepam tab 1 mg	NIVEL 2	QL (10 PER 1 DAYS)

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

ANTITABACO, MEDICAMENTOS

bupropion hcl (smoking deterrent)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
CHANTIX STARTING MONTH PAK	NIVEL 4	QL (60 PER 30 OVER TIME)
NICOTROL	NIVEL 4	
NICOTROL NS	NIVEL 4	
VARENICLINE TARTRATE	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)

DEPENDENCIA A OPIOIDES

buprenorphine hcl sl tab 2 mg (base equiv)	NIVEL 2	QL (84 PER 90 OVER TIME)
buprenorphine hcl sl tab 8 mg (base equiv)	NIVEL 2	QL (21 PER 90 OVER TIME)
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate (-naloxone sl film 2-0.5 mg equiv), -naloxone sl film 4-1 mg equiv))	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate (-naloxone sl film 8-2 mg equiv), -naloxone sl tab 8-2 mg equiv))	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
ZUBSOLV (0.7-0.18 MG SL TAB, 1.4-0.36 MG SL TAB, 5.7-1.4 MG SL TAB)	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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ZUBSOLV (2.9-0.71 MG SL TAB, 11.4-2.9 MG SL TAB)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SL TAB	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)

DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN

acamprosate calcium	NIVEL 4	
disulfiram	NIVEL 2	

REVERTIDORES OPIOIDEOS

naloxone hcl (inj 0.4 mg/ml, inj 4 mg/10ml, soln prefilled syringe 2 mg/2ml)	NIVEL 2	
NALOXONE HCL 0.4 MG/ML SOLN CART	NIVEL 2	QL (2 PER 30 OVER TIME)
naltrexone hcl	NIVEL 2	
NARCAN	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)

ANTIBACTERIANOS

AMINOGLUCÓSIDOS

amikacin sulfate inj 500 mg/2ml (250 mg/ml)	NIVEL 4	
gentamicin sulfate cream 0.1%	NIVEL 3	
gentamicin sulfate inj 40 mg/ml	NIVEL 4	
gentamicin sulfate oint 0.1%	NIVEL 2	
neomycin sulfate	NIVEL 2	
paromomycin sulfate	NIVEL 4	
STREPTOMYCIN SULFATE	NIVEL 4	
tobramycin sulfate (for inj 1.2 gm, inj 1.2 gm/30ml (40 mg/ml) (base equiv), 2 gm/50ml solution, 10 mg/ml solution, inj 80 mg/2ml (40 mg/ml) (base equiv))	NIVEL 4	

ANTIBACTERIANOS, OTROS

acetic acid (otic)	NIVEL 2	
AEMCOLO	NIVEL 4	PA, QL (12 PER 30 OVER TIME)
aztreonam	NIVEL 5	
CHLORAMPHENICOL SOD SUCCINATE	NIVEL 4	
CLEOCIN 100 MG SUPPOS	NIVEL 3	
clindamycin hcl	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
clindamycin palmitate hydrochloride	NIVEL 3	
clindamycin phosphate	NIVEL 4	
clindamycin phosphate in d5w	NIVEL 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL	NIVEL 4	
clindamycin phosphate swab 1%	NIVEL 2	
clindamycin phosphate vaginal	NIVEL 2	
colistimethate sodium	NIVEL 4	
daptomycin (350 mg recon soln, for iv soln 350 mg, for iv soln 500 mg)	NIVEL 5	
fosfomycin tromethamine	NIVEL 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)
lincomycin hcl	NIVEL 4	
linezolid for susp 100 mg/5ml	NIVEL 5	PA
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE	NIVEL 5	
linezolid iv soln 600 mg/300ml (2 mg/ml)	NIVEL 5	
linezolid tab 600 mg	NIVEL 4	PA
methenamine hippurate	NIVEL 4	
metronidazole (tab 250 mg, tab 500 mg)	NIVEL 2	
metronidazole (topical) (cream, lotion)	NIVEL 3	
METRONIDAZOLE 5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
metronidazole gel 0.75%	NIVEL 2	
metronidazole gel 1%	NIVEL 4	
metronidazole in nacl (0.74% soln 500 mg/100ml, 0.79% soln 500 mg/100ml)	NIVEL 4	
metronidazole vaginal	NIVEL 3	
nitrofurantoin macrocrystal	NIVEL 2	
nitrofurantoin monohyd macro	NIVEL 2	
ORBACTIV	NIVEL 5	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
polymyxin b sulfate	NIVEL 4	
SYNERCID	NIVEL 5	
tigecycline (50 mg recon soln, for iv soln 50 mg)	NIVEL 5	
tinidazole	NIVEL 4	
TRIMETHOPRIM (100 MG TAB, TAB 100 MG)	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VANCOMYCIN HCL (1.25 GM RECON SOLN, 1.5 GM RECON SOLN, CAP 125 MG (BASE EQUIVALENT), CAP 250 MG (BASE EQUIVALENT), FOR IV SOLN 1 GM (BASE EQUIVALENT), FOR IV SOLN 10 GM (BASE EQUIVALENT), 100 GM RECON SOLN, 250 MG RECON SOLN, FOR IV SOLN 500 MG (BASE EQUIVALENT), 750 MG RECON SOLN, FOR IV SOLN 750 MG (BASE EQUIVALENT))	NIVEL 4	
XIFAXAN 200 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS		
cefaclor (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, cap 250 mg, 375 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, cap 500 mg)	NIVEL 2	
cefadroxil (1 gm tab, cap 500 mg, tab 1 gm)	NIVEL 2	
cefadroxil (susp 250 mg/5ml, susp 500 mg/5ml)	NIVEL 3	
CEFAZOLIN SODIUM (1 GM RECON SOLN, FOR INJ 1 GM, FOR INJ 10 GM, 20 GM RECON SOLN, 100 GM RECON SOLN, 300 GM RECON SOLN, FOR INJ 500 MG)	NIVEL 4	
cefdinir (cap 300 mg, for susp 125 mg/5ml, for susp 250 mg/5ml)	NIVEL 2	
cefepime hcl (1 gm/50ml solution, for inj 1 gm, 2 gm/100ml solution, for inj 2 gm)	NIVEL 4	
cefixime (cap 400 mg, for susp 100 mg/5ml, for susp 200 mg/5ml)	NIVEL 4	
CEFOTAXIME SODIUM (1 GM RECON SOLN, FOR INJ 1 GM, 2 GM RECON SOLN, 10 GM RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)	NIVEL 4	
cefotetan disodium (inj 1 gm, inj 2 gm)	NIVEL 4	
cefoxitin sodium	NIVEL 4	
cefpodoxime proxetil (for susp 50 mg/5ml, for susp 100 mg/5ml, tab 100 mg, tab 200 mg)	NIVEL 4	
cefprozil (for susp 125 mg/5ml, for susp 250 mg/5ml, tab 250 mg, tab 500 mg)	NIVEL 2	
ceftazidime	NIVEL 4	
ceftriaxone sodium (inj 1 gm, inj 2 gm, inj 10 gm, inj 250 mg, inj 500 mg, iv soln 1 gm, iv soln 2 gm)	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
cefuroxime axetil	NIVEL 2	
cefuroxime sodium	NIVEL 4	
cephalexin (cap 250 mg, cap 500 mg, for susp 125 mg/5ml, for susp 250 mg/5ml)	NIVEL 2	
SUPRAX (100 MG CHEW TAB, 200 MG CHEW TAB, 500 MG/5ML RECON SUSP)	NIVEL 4	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	
TEFLARO	NIVEL 5	
BETALACTÁMICOS, PENICILINAS		
amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg	NIVEL 4	
amoxicillin & pot clavulanate (for susp 200-28.5 mg/5ml, for susp 250-62.5 mg/5ml, for susp 400-57 mg/5ml, for susp 600-42.9 mg/5ml, tab 250-125 mg, tab 500-125 mg, tab 875-125 mg)	NIVEL 2	
amoxicillin (125 mg chew tab, (trihydrate) cap 250 mg, (trihydrate) cap 500 mg, (trihydrate) for susp 125 mg/5ml, (trihydrate) for susp 200 mg/5ml, (trihydrate) for susp 250 mg/5ml, 250 mg chew tab, (trihydrate) for susp 400 mg/5ml, (trihydrate) tab 500 mg, (trihydrate) tab 875 mg)	NIVEL 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE	NIVEL 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER	NIVEL 4	
AMPICILLIN	NIVEL 2	
ampicillin & sulbactam sodium	NIVEL 4	
AMPICILLIN SODIUM (1 GM RECON SOLN, FOR INJ 1 GM, 2 GM RECON SOLN, FOR INJ 2 GM, 125 MG RECON SOLN, FOR INJ 250 MG, FOR INJ 500 MG, FOR IV SOLN 2 GM, FOR IV SOLN 10 GM)	NIVEL 4	
AMPICILLIN-SULBACTAM SODIUM	NIVEL 4	
BICILLIN C-R	NIVEL 4	
BICILLIN C-R 900/300	NIVEL 4	
BICILLIN L-A	NIVEL 4	
dicloxacillin sodium	NIVEL 2	
NAFCILLIN SODIUM (1 GM RECON SOLN, FOR INJ 1 GM, 2 GM RECON SOLN, FOR INJ 2 GM)	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
nafcillin sodium for iv soln 10 gm	NIVEL 5	
penicillin g potassium	NIVEL 4	
PENICILLIN G SODIUM	NIVEL 4	
penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg/5ml recon soln, tab 250 mg, tab 500 mg)	NIVEL 2	
PFIZERPEN	NIVEL 4	
piperacillin sodium-tazobactam sodium	NIVEL 4	
CARBAPENÉMICOS		
ertapenem sodium	NIVEL 4	
imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, intravenous for soln 250 mg, intravenous for soln 500 mg)	NIVEL 4	
meropenem	NIVEL 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE	NIVEL 4	
MACRÓLIDOS		
azithromycin (for susp 100 mg/5ml, for susp 200 mg/5ml, tab 250 mg, tab 500 mg, tab 600 mg)	NIVEL 2	
AZITHROMYCIN 1 GM PACKET	NIVEL 3	
azithromycin iv for soln 500 mg	NIVEL 4	
clarithromycin (tab 250 mg, tab 500 mg)	NIVEL 2	
clarithromycin (tab er 24hr 500 mg, 125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)	NIVEL 4	
E.E.S. 400	NIVEL 4	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	NIVEL 4	
erythromycin base (base 250 mg cp dr part, tab 250 mg, tab 500 mg, w/ delayed release particles cap 250 mg)	NIVEL 4	
erythromycin ethylsuccinate (for susp 200 mg/5ml, 400 mg tab, for susp 400 mg/5ml)	NIVEL 4	
ZMAX	NIVEL 4	QL (60 PER 30 OVER TIME)
QUINOLONAS		
BESIVANCE	NIVEL 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CIPROFLOXACIN (FOR ORAL SUSP 250 MG/5ML (5%) (5 GM/100ML), 400 MG/40ML SOLUTION, FOR ORAL SUSP 500 MG/5ML (10%) (10 GM/100ML))	NIVEL 4	
ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w	NIVEL 4	
ciprofloxacin hcl (100 mg tab, tab 250 mg (base equiv), tab 500 mg (base equiv), tab 750 mg (base equiv))	NIVEL 2	
ciprofloxacin hcl (ophth)	NIVEL 2	
CIPROFLOXACIN-CIPROFLOX HCL ER	NIVEL 3	
levofloxacin (tab 250 mg, tab 500 mg, tab 750 mg)	NIVEL 2	
levofloxacin in d5w (soln 500 mg/100ml, soln 750 mg/150ml)	NIVEL 4	
levofloxacin iv soln 25 mg/ml	NIVEL 4	
levofloxacin oral soln 25 mg/ml	NIVEL 3	
moxifloxacin hcl tab 400 mg (base equiv)	NIVEL 3	
OFLOXACIN (300 MG TAB, TAB 400 MG)	NIVEL 2	
SULFONAMIDAS		
sulfacetamide sodium (acne)	NIVEL 3	
SULFADIAZINE	NIVEL 3	
sulfamethoxazole-trimethoprim (susp 200-40 mg/5ml, tab 400-80 mg, tab 800-160 mg)	NIVEL 2	
sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml	NIVEL 4	
TETRACICLINAS		
doxycycline (monohydrate) (cap 50 mg, cap 100 mg)	NIVEL 2	
doxycycline (monohydrate) (tab 50 mg, tab 75 mg, tab 100 mg)	NIVEL 3	
doxycycline hyclate (cap 50 mg, cap 100 mg, tab 20 mg, tab 100 mg)	NIVEL 2	
doxycycline hyclate for inj 100 mg	NIVEL 4	
minocycline hcl (cap 50 mg, cap 75 mg, cap 100 mg)	NIVEL 2	
minocycline hcl (tab 50 mg, tab 75 mg, tab 100 mg)	NIVEL 4	
tetracycline hcl	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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 4	ST, QL (20 PER 1 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
divalproex sodium	NIVEL 2	
EPIDIOLEX	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA
felbamate (susp 600 mg/5ml, tab 400 mg, tab 600 mg)	NIVEL 4	
FINTEPLA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (12 PER 1 DAYS)
FYCOMPA (4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 5	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	ST, QL (24 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 2 MG TAB	NIVEL 4	ST, QL (3 PER 1 DAYS)
lamotrigine (tab 25 mg, tab 100 mg, tab 150 mg, tab 200 mg, tab chewable dispersible 5 mg, tab chewable dispersible 25 mg)	NIVEL 2	
levetiracetam (oral soln 100 mg/ml, tab 250 mg, tab 500 mg, tab 750 mg, tab 1000 mg)	NIVEL 2	
levetiracetam tab er 24hr 500 mg	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
levetiracetam tab er 24hr 750 mg	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
SPRITAM 1000 MG TAB	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 1 DAYS)
SPRITAM 750 MG TAB	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
topiramate (cap er 24hr 100 mg, cap er 24hr 150 mg, cap er 24hr 200 mg, cap er 24hr 25 mg, cap er 24hr 50 mg)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
topiramate (sprinkle cap 15 mg, sprinkle cap 25 mg, tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg, tab 200 mg)	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
valproate sodium inj 100 mg/ml	NIVEL 4	
valproate sodium oral soln 250 mg/5ml (base equiv)	NIVEL 2	
valproic acid	NIVEL 2	
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
XCOPRI (50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
XCOPRI (COPRI 14 150 MG 14 200 MG TAB THPK, COPRI 14 50 MG 14 100 MG TAB THPK)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (28 PER 28 OVER TIME)
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (28 PER 28 OVER TIME)

AUMENTANTES DEL ÁCIDO GAMMAAMINOBUTÍRICO (GABA)

clobazam suspension 2.5 mg/ml	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (16 PER 1 DAYS)
clobazam tab 10 mg	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
clobazam tab 20 mg	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
DIAZEPAM 10 MG GEL	NIVEL 4	QL (20 PER 30 OVER TIME)
DIAZEPAM 2.5 MG GEL	NIVEL 4	QL (5 PER 30 OVER TIME)
DIAZEPAM 20 MG GEL	NIVEL 4	QL (40 PER 30 OVER TIME)
gabapentin (tab 600 mg, tab 800 mg)	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
gabapentin cap 100 mg	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
gabapentin cap 300 mg	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
gabapentin cap 400 mg	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
gabapentin oral soln 250 mg/5ml	NIVEL 3	QL (72 PER 1 DAYS)
phenobarbital (elixir 20 mg/5ml, tab 15 mg, tab 16.2 mg, tab 30 mg, tab 32.4 mg, tab 60 mg, tab 64.8 mg, tab 97.2 mg, tab 100 mg)	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
primidone	NIVEL 2	
SYMPAZAN	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
tiagabine hcl	NIVEL 4	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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VALTOCO 10 MG DOSE	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
vigabatrin	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)

CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS

APTIOM (200 MG TAB, 400 MG TAB)	NIVEL 5	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
APTIOM (600 MG TAB, 800 MG TAB)	NIVEL 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
carbamazepine (cap er 100 mg, cap er 200 mg, cap er 300 mg, tab er 100 mg, tab er 200 mg, tab er 400 mg)	NIVEL 3	
carbamazepine (chew tab 100 mg, susp 100 mg/5ml, tab 200 mg)	NIVEL 2	
DILANTIN 125 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	
oxcarbazepine (tab 150 mg, tab 300 mg, tab 600 mg)	NIVEL 2	
oxcarbazepine susp 300 mg/5ml (60 mg/ml)	NIVEL 4	
PEGANONE	NIVEL 4	
PHENYTEK	NIVEL 4	
phenytoin (chew tab 50 mg, susp 125 mg/5ml)	NIVEL 2	
phenytoin sodium extended	NIVEL 2	
rufinamide susp 40 mg/ml	NIVEL 5	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
rufinamide tab 200 mg	NIVEL 4	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
rufinamide tab 400 mg	NIVEL 4	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
VIMPAT (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	ST, QL (40 PER 1 DAYS)
VIMPAT 200 MG/20ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIMPAT 50 MG TAB	NIVEL 4	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
zonisamide	NIVEL 2	

MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

CELONTIN	NIVEL 3	
ethosuximide (cap 250 mg, soln 250 mg/5ml)	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIDEMENCIALES		
ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA)		
memantine hcl (cap er 24hr 14 mg, cap er 24hr 21 mg, cap er 24hr 28 mg, cap er 24hr 7 mg)	NIVEL 4	
memantine hcl (oral solution 2 mg/ml, tab 28 5 mg & 21 10 mg titration pack)	NIVEL 3	
memantine hcl (tab 5 mg, tab 10 mg)	NIVEL 2	
ANTIDEMENCIALES, OTROS		
ERGOLOID MESYLATES	NIVEL 4	
NAMZARIC (7-10 MG CAP ER 24H, 14-10 MG CAP ER 24H, 21-10 MG CAP ER 24H, 28-10 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
NAMZARIC 7 & 14 & 21 &28 -10 MG CP24 THPK	NIVEL 4	QL (28 PER 28 OVER TIME)
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
donepezil hydrochloride (tab 5 mg, tab 10 mg)	NIVEL 1	
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	NIVEL 2	
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	NIVEL 2	
donepezil hydrochloride tab 23 mg	NIVEL 4	ST
GALANTAMINE HYDROBROMIDE (4 MG/ML SOLUTION, TAB 4 MG, TAB 8 MG, TAB 12 MG)	NIVEL 4	
galantamine hydrobromide (cap er 24hr 16 mg, cap er 24hr 24 mg, cap er 24hr 8 mg)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
rivastigmine	NIVEL 4	QL (30 PER 30 OVER TIME)
rivastigmine tartrate	NIVEL 3	
ANTIDEPRESIVOS		
ANTIDEPRESIVOS, OTROS		
bupropion hcl (tab 100 mg, tab er 12hr 100 mg)	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
bupropion hcl (tab er 12hr 150 mg, tab er 24hr 150 mg)	NIVEL 2	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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
bupropion hcl tab 75 mg	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
bupropion hcl tab er 12hr 200 mg	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
bupropion hcl tab er 24hr 300 mg	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
LYBALVI	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
MAPROTILINE HCL	NIVEL 2	
mirtazapine	NIVEL 2	
olanzapine-fluoxetine hcl (cap 6-25 mg, cap 6-50 mg, cap 12-25 mg, cap 12-50 mg)	NIVEL 4	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA

EMSAM	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN	NIVEL 3	
phenelzine sulfate	NIVEL 2	
tranylcypromine sulfate	NIVEL 4	

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

citalopram hydrobromide (tab 10 mg equiv), tab 20 mg equiv), tab 40 mg equiv))	NIVEL 1	
citalopram hydrobromide oral soln 10 mg/5ml	NIVEL 2	
DESVENLAFAXINE ER	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
desvenlafaxine succinate (tab er 24hr 25 mg equiv), tab er 24hr 50 mg equiv))	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
desvenlafaxine succinate tab er 24hr 100 mg (base equiv)	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
escitalopram oxalate (tab 5 mg equiv), tab 10 mg equiv), tab 20 mg equiv))	NIVEL 1	
escitalopram oxalate soln 5 mg/5ml (base equiv)	NIVEL 2	
FETZIMA	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
FETZIMA TITRATION	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (28 PER 30 OVER TIME)
fluoxetine hcl (cap 10 mg, cap 20 mg, cap 40 mg, solution 20 mg/5ml)	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FLUOXETINE HCL (PMDD) ((PMDD) 10 MG CAP, (PMDD) 20 MG CAP)	NIVEL 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	NIVEL 4	QL (4 PER 28 OVER TIME)
fluvoxamine maleate (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg)	NIVEL 2	
NEFAZODONE HCL (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 3	
NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, TAB 50 MG, 250 MG TAB, TAB 250 MG)	NIVEL 2	
paroxetine hcl (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 30 mg, tab 40 mg)	NIVEL 1	
paroxetine hcl (tab er 24hr 12.5 mg, tab er 24hr 25 mg, tab er 24hr 37.5 mg)	NIVEL 4	
paroxetine hcl oral susp 10 mg/5ml (base equiv)	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)
PAXIL 10 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)
sertraline hcl (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg)	NIVEL 1	
sertraline hcl oral concentrate for solution 20 mg/ml	NIVEL 3	
trazodone hcl (tab 50 mg, tab 100 mg, tab 150 mg)	NIVEL 2	
trazodone hcl tab 300 mg	NIVEL 3	
TRINTELLIX	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl (cap er 24hr 150 mg equivalent), cap er 24hr 37.5 mg equivalent))	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl (tab 25 mg equivalent), tab 37.5 mg equivalent), tab 50 mg equivalent), tab 75 mg equivalent), tab 100 mg equivalent))	NIVEL 2	
venlafaxine hcl cap er 24hr 75 mg (base equivalent)	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
VIIBRYD	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
VIIBRYD STARTER PACK	NIVEL 4	ST, QL (30 PER 30 OVER TIME)

TRICÍCLICOS

amitriptyline hcl	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
AMOXAPINE	NIVEL 2	
clomipramine hcl	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
desipramine hcl	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
doxepin hcl (cap 10 mg, cap 25 mg, cap 50 mg, cap 75 mg, cap 100 mg, conc 10 mg/ml, 150 mg cap)	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
imipramine hcl	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
imipramine pamoate	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
nortriptyline hcl (10 mg/5ml solution, cap 10 mg, cap 25 mg, cap 50 mg, cap 75 mg, soln 10 mg/5ml)	NIVEL 2	
nortriptyline oral solution (unit dose)	NIVEL 2	
protriptyline hcl	NIVEL 4	
trimipramine maleate	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIEMÉTICOS

ANTIEMÉTICOS, OTROS

meclizine hcl (tab 12.5 mg, tab 25 mg)	NIVEL 2	
metoclopramide hcl (soln 5 mg/5ml (10 mg/10ml) equiv), tab 5 mg equivalent), tab 10 mg equivalent))	NIVEL 2	
metoclopramide hcl inj 5 mg/ml (base equivalent)	NIVEL 4	
perphenazine	NIVEL 2	
prochlorperazine	NIVEL 2	
prochlorperazine edisylate inj 10 mg/2ml	NIVEL 4	
prochlorperazine maleate	NIVEL 2	
promethazine hcl (suppos 50 mg, tab 12.5 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)	NIVEL 2	PA
scopolamine	NIVEL 4	PA

COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGÉNICA

aprepitant (capsule 80 mg, capsule 125 mg, capsule therapy pack 80 & 125 mg)	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
aprepitant capsule 40 mg	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 30 OVER TIME)
dronabinol	NIVEL 4	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
granisetron hcl (0.1 mg/ml solution, inj 1 mg/ml, inj 4 mg/4ml (1 mg/ml))	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
granisetron hcl tab 1 mg	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination, QL (2 PER 1 DAYS)
ondansetron	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination, 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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ondansetron hcl (24 mg tab, tab 24 mg)	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination, QL (15 PER 30 OVER TIME)
ondansetron hcl (tab 4 mg, tab 8 mg)	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination, QL (3 PER 1 DAYS)
ondansetron hcl oral soln 4 mg/5ml	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination, QL (30 PER 1 DAYS)
ANTIESPÁSTICOS		
baclofen tab 10 mg	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
baclofen tab 20 mg	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
baclofen tab 5 mg	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
dantrolene sodium (cap 25 mg, cap 50 mg, cap 100 mg)	NIVEL 3	
tizanidine hcl (tab 2 mg equivalent), tab 4 mg equivalent))	NIVEL 2	
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMBISOME	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination
AMPHOTERICIN B	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
caspofungin acetate (50 mg recon soln, for iv soln 50 mg, 70 mg recon soln, for iv soln 70 mg)	NIVEL 5	PA
ciclopirox olamine (cream equiv), susp equiv))	NIVEL 2	
clotrimazole	NIVEL 2	
clotrimazole (topical) (cream, soln)	NIVEL 2	
CRESEMBA	NIVEL 5	PA
econazole nitrate	NIVEL 4	
fluconazole (for susp 10 mg/ml, for susp 40 mg/ml, tab 50 mg, tab 100 mg, tab 150 mg, tab 200 mg)	NIVEL 2	
fluconazole in dextrose	NIVEL 4	
fluconazole in nacl	NIVEL 4	
flucytosine	NIVEL 5	
griseofulvin microsize (susp 125 mg/5ml, tab 500 mg)	NIVEL 4	
griseofulvin ultramicrosize	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
itraconazole cap 100 mg	NIVEL 4	PA
itraconazole oral soln 10 mg/ml	NIVEL 5	PA
ketoconazole	NIVEL 2	
ketoconazole (topical) (cream, shampoo)	NIVEL 2	
micafungin sodium (soln 50 mg, soln 100 mg)	NIVEL 5	
MICONAZOLE 3	NIVEL 2	
nystatin (mouth-throat)	NIVEL 2	
nystatin (topical)	NIVEL 2	
nystatin tab 500000 unit	NIVEL 2	
posaconazole	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
terbinafine hcl	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
terconazole vaginal (cream 0.4%, cream 0.8%, suppos 80 mg)	NIVEL 2	
voriconazole (tab 50 mg, tab 200 mg)	NIVEL 4	PA
voriconazole for inj 200 mg	NIVEL 5	
voriconazole for susp 40 mg/ml	NIVEL 5	PA

ANTIGOTOSOS

allopurinol	NIVEL 2	
COLCHICINE (0.6 MG CAP, TAB 0.6 MG)	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
colchicine w/ probenecid	NIVEL 2	
COLCRYS	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
febuxostat	NIVEL 3	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
KRYSTEXXA	NIVEL 5	PA, LA
probenecid	NIVEL 2	

ANTIJAQUECOSOS

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

naratriptan hcl	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
rizatriptan benzoate	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan	NIVEL 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SUMATRIPTAN SUCCINATE (INJ 6 MG/0.5ML, SOLUTION AUTO-INJECTOR 4 MG/0.5ML, SOLUTION CARTRIDGE 4 MG/0.5ML, 6 MG/0.5ML SOLN PRSYR, SOLUTION AUTO-INJECTOR 6 MG/0.5ML, SOLUTION CARTRIDGE 6 MG/0.5ML)	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg)	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
zolmitriptan (orally disintegrating tab 2.5 mg, orally disintegrating tab 5 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg)	NIVEL 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)
ALCALOIDES DE ERGOTAMINA		
dihydroergotamine mesylate inj 1 mg/ml	NIVEL 4	PA
dihydroergotamine mesylate nasal spray 4 mg/ml	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)
MIGERGOT	NIVEL 4	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PROFILÁCTICOS		
AIMOVIG	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
AIMOVIG (140 MG DOSE)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
timolol maleate (tab 5 mg, 10 mg tab, tab 10 mg, tab 20 mg)	NIVEL 4	
ANTIMIASTÉNICOS		
PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
GUANIDINE HCL	NIVEL 2	
pyridostigmine bromide oral soln 60 mg/5ml	NIVEL 4	QL (1500 PER 30 OVER TIME)
pyridostigmine bromide tab 60 mg	NIVEL 2	QL (25 PER 1 DAYS)
pyridostigmine bromide tab er 180 mg	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
ANTIMICOBACTERIANOS		
ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS		
dapsone (tab 25 mg, tab 100 mg)	NIVEL 3	
rifabutin	NIVEL 4	
ANTITUBERCULOSOS		
CAPASTAT SULFATE	NIVEL 4	
ethambutol hcl	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ISONIAZID (50 MG/5ML SYRUP, 100 MG TAB, TAB 100 MG, TAB 300 MG)	NIVEL 2	
ISONIAZID 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
PASER	NIVEL 4	
PRIFTIN	NIVEL 3	
pyrazinamide	NIVEL 2	
rifampin (cap 150 mg, cap 300 mg)	NIVEL 2	
rifampin for inj 600 mg	NIVEL 4	
RIFATER	NIVEL 4	
SIRTURO 100 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (24 PER 28 OVER TIME)
SIRTURO 20 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (120 PER 28 OVER TIME)
TRECATOR	NIVEL 4	

ANTINEOPLÁSICOS

ALQUILANTES

CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, CAP 25 MG, 50 MG CAP, 50 MG TAB, CAP 50 MG)	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
GLEOSTINE (40 MG CAP, 100 MG CAP)	NIVEL 5	
GLEOSTINE 10 MG CAP	NIVEL 4	
HEXALEN	NIVEL 5	
LEUKERAN	NIVEL 4	
MATULANE	NIVEL 5	LA
VALCHLOR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)

ANTIANDRÓGENOS

abiraterone acetate tab 250 mg	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
abiraterone acetate tab 500 mg	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
bicalutamide	NIVEL 2	
ERLEADA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
FLUTAMIDE (125 MG CAP, CAP 125 MG)	NIVEL 3	
nilutamide	NIVEL 5	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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
NUBEQA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
XTANDI (40 MG CAP, 40 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
XTANDI 80 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
ANTIANGIOGÉNICOS		
POMALYST	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
REVLIMID	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
THALOMID (50 MG CAP, 100 MG CAP)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES		
EMCYT	NIVEL 4	
fulvestrant (250 mg/5ml solution, inj 250 mg/5ml)	NIVEL 5	
SOLTAMOX	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tamoxifen citrate	NIVEL 2	
toremifene citrate	NIVEL 5	
ANTIMETABOLITOS		
DROXIA	NIVEL 3	
hydroxyurea	NIVEL 2	
INQOVI	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (5 PER 28 OVER TIME)
mercaptopurine	NIVEL 2	
PURIXAN	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA
TABLOID	NIVEL 3	
ANTINEOPLÁSICOS, OTROS		
AYVAKIT	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
BRUKINSA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
EXKIVITY	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FOTIVDA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (21 PER 28 OVER TIME)
IDHIFA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
INREBIC	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (70 PER 28 OVER TIME)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (91 PER 28 OVER TIME)
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (49 PER 28 OVER TIME)
KOSELUGO 10 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
KOSELUGO 25 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
leucovorin calcium (inj 100 mg, inj 350 mg)	NIVEL 4	
leucovorin calcium (tab 5 mg, tab 10 mg, tab 15 mg, tab 25 mg)	NIVEL 2	
levoleucovorin calcium (for inj 50 mg equ), soln pf 175 mg/17.5ml equ), soln pf 250 mg/25ml equ))	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 15-6.14 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (100 PER 28 OVER TIME)
LONSURF 20-8.19 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (80 PER 28 OVER TIME)
LUMAKRAS	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (8 PER 1 DAYS)
LYSODREN	NIVEL 5	
NINLARO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 21 OVER TIME)
ONUREG	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (14 PER 28 OVER TIME)
QINLOCK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
RETEVMO 40 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (6 PER 1 DAYS)
RETEVMO 80 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
ROZLYTREK 100 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (5 PER 1 DAYS)
ROZLYTREK 200 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, 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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SYNRIBO	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination
TABRECTA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
TAZVERIK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
WELIREG	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (20 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (16 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (12 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (24 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (16 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (32 PER 28 OVER TIME)
ZOLINZA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)

COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO

mesna	NIVEL 4	
MESNEX 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
MESNEX 400 MG TAB	NIVEL 5	

INHIBIDORES DE ENZIMAS

GAVRETO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN		
anastrozole	NIVEL 2	
exemestane	NIVEL 4	
letrozole	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES		
AFINITOR 10 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
AFINITOR DISPERZ	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALECENSA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
ALUNBRIG 30 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
BALVERSA 3 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
BALVERSA 4 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
BALVERSA 5 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
BOSULIF 100 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
BRAFTOVI 50 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
BRAFTOVI 75 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
CABOMETYX	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
CALQUENCE	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
CAPRELSA 100 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
CAPRELSA 300 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, 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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
COPIKTRA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (56 PER 28 OVER TIME)
COTELLIC	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (63 PER 28 OVER TIME)
DAURISMO 100 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
DAURISMO 25 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ERIVEDGE	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
erlotinib hcl (tab 100 mg equivalent), tab 150 mg equivalent))	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
erlotinib hcl tab 25 mg (base equivalent)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 1 DAYS)
everolimus (tab 2.5 mg, tab 5 mg)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
everolimus (tab 7.5 mg, tab 10 mg)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
everolimus (tab susp 2 mg, tab susp 3 mg, tab susp 5 mg)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
FARYDAK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 21 OVER TIME)
GILOTRIF	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
IBRANCE	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (21 PER 28 OVER TIME)
ICLUSIG (10 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
ICLUSIG 15 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
imatinib mesylate tab 100 mg (base equivalent)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (8 PER 1 DAYS)
imatinib mesylate tab 400 mg (base equivalent)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
IMBRUVICA (70 MG CAP, 280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
IMBRUVICA 140 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INLYTA 1 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
INLYTA 5 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
IRESSA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
JAKAFI	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
KISQALI (200 MG DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (21 PER 28 OVER TIME)
KISQALI (400 MG DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (42 PER 28 OVER TIME)
KISQALI (600 MG DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (63 PER 28 OVER TIME)
lapatinib ditosylate	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
LORBRENA 100 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
LORBRENA 25 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
MEKINIST 0.5 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
MEKINIST 2 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, 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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MEKTOVI	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
NERLYNX	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
NEXAVAR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
ODOMZO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
PEMAZYRE	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (14 PER 21 OVER TIME)
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
RUBRACA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
RYDAPT	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (8 PER 1 DAYS)
SPRYCEL (100 MG TAB, 140 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
SPRYCEL (70 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
SPRYCEL 20 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (6 PER 1 DAYS)
SPRYCEL 50 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 1 DAYS)
STIVARGA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
sunitinib malate (cap 37.5 mg equivalent), cap 50 mg equivalent))	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
sunitinib malate cap 12.5 mg (base equivalent)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (7 PER 1 DAYS)
sunitinib malate cap 25 mg (base equivalent)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 1 DAYS)
TAFINLAR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
TAGRISSO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
TALZENNA 0.25 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, 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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TALZENNA 1 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
TASIGNA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (4 PER 1 DAYS)
TEPMETKO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
TIBSOVO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (21 PER 28 DAYS)
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (42 PER 28 OVER TIME)
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (42 PER 28 OVER TIME)
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (63 PER 28 OVER TIME)
TUKYSA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
TURALIO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
UKONIQ	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VENCLEXTA 10 MG TAB	NIVEL 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
VENCLEXTA 100 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VENCLEXTA 50 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
VENCLEXTA STARTING PACK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (84 PER 365 OVER TIME)
VERZENIO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
VITRAKVI 100 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (10 PER 1 DAYS)
VITRAKVI 25 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
VIZIMPRO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
VOTRIENT	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
XALKORI	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
XOSPATA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ZEJULA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ZELBORAF	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
ZYDELIG	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
ZYKADIA 150 MG CAP	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ZYKADIA 150 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 1 DAYS)
RETINOIDES		
bexarotene	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (10 PER 1 DAYS)
PANRETIN	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TARGRETIN 1 % GEL	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (60 PER 30 OVER TIME)
tretinoin (chemotherapy)	NIVEL 5	
ANTIPARASITARIOS		
ANTIHELMÍNTICOS		
albendazole	NIVEL 4	
ivermectin tab 3 mg	NIVEL 2	QL (16 PER 365 OVER TIME)
praziquantel	NIVEL 3	
ANTIPROTOZOICOS		
ALINIA	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 3 OVER TIME)
atovaquone	NIVEL 5	PA
atovaquone-proguanil hcl	NIVEL 2	
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)
CHLOROQUINE PHOSPHATE (500 MG TAB, TAB 500 MG)	NIVEL 2	QL (25 PER 30 OVER TIME)
chloroquine phosphate tab 250 mg	NIVEL 2	QL (50 PER 30 OVER TIME)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
COARTEM	NIVEL 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 100 MG TAB	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 300 MG TAB	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 400 MG TAB	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate tab 200 mg	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
KRINTAFEL	NIVEL 4	QL (4 PER 28 OVER TIME)
mefloquine hcl	NIVEL 2	
nitazoxanide	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
pentamidine isethionate for nebulization soln 300 mg	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
pentamidine isethionate for soln 300 mg	NIVEL 3	
primaquine phosphate (26.3 base) mg tab, tab 26.3 mg mg base))	NIVEL 2	
pyrimethamine	NIVEL 5	PA
quinine sulfate	NIVEL 3	PA, QL (6 PER 1 DAYS)

ANTIPARKINSONIANOS

AGONISTAS DE LA DOPAMINA

APOKYN	NIVEL 5	PA, LA
bromocriptine mesylate	NIVEL 4	
NEUPRO	NIVEL 4	QL (30 PER 30 OVER TIME)
pramipexole dihydrochloride (tab 0.125 mg, tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 0.75 mg, tab 1 mg, tab 1.5 mg)	NIVEL 2	
ropinirole hydrochloride (tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg, tab 3 mg, tab 4 mg, tab 5 mg)	NIVEL 2	
ropinirole hydrochloride (tab er 24hr 2 mg equivalent), tab er 24hr 4 mg equivalent), tab er 24hr 6 mg equivalent))	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ropinirole hydrochloride tab er 24hr 12 mg (base equivalent)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
ropinirole hydrochloride tab er 24hr 8 mg (base equivalent)	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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTICOLINÉRGICOS		
benztropine mesylate (tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)	NIVEL 2	
benztropine mesylate inj 1 mg/ml	NIVEL 4	
trihexyphenidyl hcl (oral soln 0.4 mg/ml, tab 2 mg, tab 5 mg)	NIVEL 2	
ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
amantadine hcl (cap 100 mg, soln 50 mg/5ml, syrup 50 mg/5ml, tab 100 mg)	NIVEL 2	
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE	NIVEL 4	
entacapone	NIVEL 4	QL (8 PER 1 DAYS)
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)		
rasagiline mesylate	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
selegiline hcl (5 mg tab, cap 5 mg, tab 5 mg)	NIVEL 2	
PRECURSORES DE LA DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA L-AMINOÁCIDO DESCARBOXILASA		
carbidopa	NIVEL 5	
CARBIDOPA-LEVODOPA (CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 10-100 MG, CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-100 MG, CARBIDOPA & LEVODOPA ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-250 MG, CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250 MG TAB DISP)	NIVEL 4	
carbidopa-levodopa (tab 10-100 mg, tab 25-100 mg, tab 25-250 mg, tab er 25-100 mg, tab er 50-200 mg)	NIVEL 2	
ANTIPSICÓTICOS		
PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS		
chlorpromazine hcl (inj 25 mg/ml, tab 10 mg, tab 25 mg, 30 mg/ml conc, 50 mg/2ml solution, tab 50 mg, 100 mg/ml conc, tab 100 mg, tab 200 mg)	NIVEL 4	
fluphenazine decanoate	NIVEL 4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
fluphenazine hcl (tab 1 mg, 2.5 mg/5ml elixir, 2.5 mg/ml solution, tab 2.5 mg, 5 mg/ml conc, tab 5 mg, tab 10 mg)	NIVEL 4	
haloperidol	NIVEL 2	
haloperidol decanoate	NIVEL 3	
haloperidol lactate	NIVEL 3	
loxapine succinate	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	NIVEL 3	
thioridazine hcl	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
thiothixene	NIVEL 2	
trifluoperazine hcl	NIVEL 2	

RESISTENTES AL TRATAMIENTO

CLOZAPINE (12.5 MG TAB DISP, ORALLY DISINTEGRATING TAB 25 MG, ORALLY DISINTEGRATING TAB 100 MG, 150 MG TAB DISP, 200 MG TAB DISP)	NIVEL 4	
clozapine (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg, tab 200 mg)	NIVEL 2	
VERSACLOZ	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (18 PER 1 DAYS)

SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS

ABILIFY MAINTENA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
aripiprazole (tab 10 mg, tab 15 mg)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
aripiprazole (tab 10 mg, tab 15 mg, tab 20 mg, tab 30 mg)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	NIVEL 4	QL (25 PER 1 DAYS)
aripiprazole tab 2 mg	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
aripiprazole tab 5 mg	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
ARISTADA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ARISTADA INITIO	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2.4 PER 42 OVER TIME)
asenapine maleate	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
CAPLYTA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, 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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
FANAPT (6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
FANAPT TITRATION PACK	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (8 PER 30 OVER TIME)
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3.5 PER 180 DAYS)
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (0.75 PER 28 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 28 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1.5 PER 28 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (0.25 PER 28 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (0.5 PER 28 OVER TIME)
INVEGA TRINZA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 30 OVER TIME)
LATUDA (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
LATUDA (80 MG TAB, 120 MG TAB)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
NUPLAZID 17 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
olanzapine (for im inj 10 mg, orally disintegrating tab 5 mg, orally disintegrating tab 10 mg, orally disintegrating tab 15 mg, orally disintegrating tab 20 mg)	NIVEL 4	
olanzapine (tab 2.5 mg, tab 5 mg, tab 7.5 mg, tab 10 mg, tab 15 mg, tab 20 mg)	NIVEL 2	
paliperidone (tab er 24hr 1.5 mg, tab er 24hr 3 mg, tab er 24hr 9 mg)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
paliperidone tab er 24hr 6 mg	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
PERSERIS	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 28 OVER TIME)
quetiapine fumarate (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg, tab 200 mg, tab 300 mg, tab 400 mg)	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
quetiapine fumarate (tab er 24hr 150 mg, tab er 24hr 200 mg, tab er 24hr 300 mg, tab er 24hr 400 mg, tab er 24hr 50 mg)	NIVEL 3	
REXULTI	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
RISPERDAL CONSTA (25 MG, 37.5 MG, 50 MG)	NIVEL 5	
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG SRER	NIVEL 4	
risperidone (0.25 mg tab disp, orally disintegrating tab 0.5 mg, orally disintegrating tab 1 mg, orally disintegrating tab 2 mg, orally disintegrating tab 3 mg, orally disintegrating tab 4 mg)	NIVEL 4	
risperidone (tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg, tab 3 mg, tab 4 mg)	NIVEL 2	
risperidone soln 1 mg/ml	NIVEL 3	
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
VRAYLAR (1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 1 DAYS)
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (7 PER 30 OVER TIME)
ziprasidone hcl	NIVEL 3	
ziprasidone mesylate	NIVEL 4	
ZYPREXA RELPREVV	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIVÍRICOS

ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)

valganciclovir hcl for soln 50 mg/ml (base equiv)	NIVEL 5	QL (18 PER 1 DAYS)
valganciclovir hcl tab 450 mg (base equivalent)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ZIRGAN	NIVEL 4	QL (5 PER 30 OVER TIME)

ANTIGRIPALES

oseltamivir phosphate cap 30 mg (base equiv)	NIVEL 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate cap 45 mg (base equiv)	NIVEL 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate cap 75 mg (base equiv)	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
oseltamivir phosphate for susp 6 mg/ml (base equiv)	NIVEL 4	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL	NIVEL 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE)	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)
ANTIHEPATÍTICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)		
adefovir dipivoxil	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (21 PER 1 DAYS)
entecavir	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	
lamivudine (hbv)	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)
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	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)
PEGINTRON	NIVEL 5	
RIBASPHERE 600 MG TAB	NIVEL 2	
ribavirin (hepatitis c)	NIVEL 2	
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VOSEVI	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
ANTIHERPÉTICOS		
acyclovir (cap 200 mg, tab 400 mg, tab 800 mg)	NIVEL 2	
acyclovir sodium iv soln 50 mg/ml	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
acyclovir susp 200 mg/5ml	NIVEL 4	
famciclovir	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
trifluridine (1 % solution, ophth soln 1%)	NIVEL 3	
valacyclovir hcl	NIVEL 2	
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)		
BIKTARVY	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	NIVEL 3	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	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD	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	NIVEL 4	QL (5 PER 1 DAYS)
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)
atazanavir sulfate (cap 150 mg equiv), cap 200 mg equiv))	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
atazanavir sulfate cap 300 mg (base equiv)	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)
EVOTAZ	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
fosamprenavir calcium	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
INVIRASE 200 MG CAP	NIVEL 5	QL (10 PER 1 DAYS)
INVIRASE 500 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (56 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)	NIVEL 4	QL (13 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg	NIVEL 4	QL (10 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 600 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
PREZISTA 800 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS)
ritonavir	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA	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	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DELSTRIGO	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
efavirenz cap 200 mg	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
efavirenz cap 50 mg	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
efavirenz tab 600 mg	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
etravirine tab 100 mg	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
etravirine tab 200 mg	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
nevirapine tab 200 mg	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
nevirapine tab er 24hr 100 mg	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
nevirapine tab er 24hr 400 mg	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY	NIVEL 5	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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PIFELTRO	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
RESCRIPTOR 100 MG TAB	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
RESCRIPTOR 200 MG TAB	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)

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

abacavir sulfate soln 20 mg/ml (base equiv)	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)
abacavir sulfate tab 300 mg (base equiv)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
abacavir sulfate-lamivudine	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
CIMDUO	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DESCOVY	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DIDANOSINE (200 MG CAP DR, DELAYED RELEASE CAPSULE 200 MG, 250 MG CAP DR, DELAYED RELEASE CAPSULE 250 MG, 400 MG CAP DR, DELAYED RELEASE CAPSULE 400 MG)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
emtricitabine	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (24 PER 1 DAYS)
lamivudine oral soln 10 mg/ml	NIVEL 3	QL (30 PER 1 DAYS)
lamivudine tab 150 mg	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
lamivudine tab 300 mg	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
lamivudine-zidovudine	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
STAVUDINE (15 MG CAP, CAP 15 MG, 20 MG CAP, CAP 20 MG, 30 MG CAP, CAP 30 MG, 40 MG CAP, CAP 40 MG)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
TEMIXYS	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
tenofovir disoproxil fumarate	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIDEX	NIVEL 3	
VIDEX EC 125 MG CAP DR	NIVEL 3	QL (1 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)
ZERIT 1 MG/ML RECON SOLN	NIVEL 3	QL (80 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
zidovudine cap 100 mg	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
zidovudine syrup 10 mg/ml	NIVEL 2	QL (60 PER 1 DAYS)
zidovudine tab 300 mg	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS

CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, QL (4 PER 30 OVER TIME)
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, QL (6 PER 30 OVER TIME)
FUZEON	NIVEL 5	QL (60 PER 30 OVER TIME)
RUKOBIA	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY (75 MG TAB, 150 MG TAB)	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 300 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
TYBOST	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

BIPOLARES

ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO

LITHIUM	NIVEL 2	
lithium carbonate (150 mg cap, cap 150 mg, 300 mg cap, cap 300 mg, cap 600 mg, tab 300 mg, tab er 300 mg, tab er 450 mg, 600 mg cap)	NIVEL 2	

BUCODENTALES

cevimeline hcl	NIVEL 3	
chlorhexidine gluconate (mouth-throat)	NIVEL 2	
KEPIVANCE	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination
pilocarpine hcl (oral)	NIVEL 3	
triamcinolone acetonide (mouth)	NIVEL 3	

CARDIOVASCULARES

AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA

clonidine	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
clonidine hcl	NIVEL 1	
droxidopa cap 100 mg	NIVEL 5	PA, QL (252 PER 90 OVER TIME)
droxidopa cap 200 mg	NIVEL 5	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME)
droxidopa cap 300 mg	NIVEL 5	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
guanfacine hcl	NIVEL 2	
methyldopa (250 mg tab, tab 250 mg, 500 mg tab, tab 500 mg)	NIVEL 2	
midodrine hcl	NIVEL 3	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
candesartan cilexetil	NIVEL 1	
EPROSARTAN MESYLATE	NIVEL 1	QL (1 PER 1 DAYS)
irbesartan	NIVEL 1	
losartan potassium	NIVEL 1	
olmesartan medoxomil	NIVEL 1	
telmisartan	NIVEL 1	
valsartan	NIVEL 1	
ANTIARRÍTMICOS		
amiodarone hcl (tab 100 mg, tab 400 mg)	NIVEL 4	
amiodarone hcl tab 200 mg	NIVEL 2	
disopyramide phosphate	NIVEL 4	
dofetilide	NIVEL 4	
flecainide acetate	NIVEL 2	
mexiletine hcl	NIVEL 2	
MULTAQ	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
propafenone hcl (tab 150 mg, tab 225 mg, tab 300 mg)	NIVEL 2	
quinidine gluconate tab er 324 mg	NIVEL 4	
QUINIDINE SULFATE	NIVEL 2	
sotalol hcl	NIVEL 2	
sotalol hcl (afib/afl)	NIVEL 2	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA		
doxazosin mesylate	NIVEL 2	
prazosin hcl	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y
las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
terazosin hcl	NIVEL 1	

BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

acebutolol hcl	NIVEL 2	
atenolol	NIVEL 1	
betaxolol hcl	NIVEL 2	
bisoprolol fumarate	NIVEL 2	
carvedilol	NIVEL 1	
carvedilol phosphate	NIVEL 4	ST
labetalol hcl (tab 100 mg, tab 200 mg, tab 300 mg)	NIVEL 2	
metoprolol succinate	NIVEL 2	
metoprolol tartrate (tab 25 mg, tab 37.5 mg, tab 50 mg, tab 75 mg, tab 100 mg)	NIVEL 1	
nadolol	NIVEL 2	
nebivolol hcl	NIVEL 3	
pindolol	NIVEL 2	
propranolol hcl (cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 160 mg, cap er 24hr 60 mg, cap er 24hr 80 mg, tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg, tab 60 mg, tab 80 mg)	NIVEL 2	
propranolol hcl (oral soln 20 mg/5ml, 40 mg/5ml solution)	NIVEL 3	

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS

amlodipine besylate	NIVEL 1	
felodipine	NIVEL 2	
isradipine	NIVEL 3	
nicardipine hcl (cap 20 mg, cap 30 mg)	NIVEL 2	
nifedipine	NIVEL 2	
nimodipine	NIVEL 4	
NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (1260 PER 21 OVER TIME)

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS

diltiazem hcl (cap er 12hr 120 mg, cap er 12hr 60 mg, cap er 12hr 90 mg, cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 180 mg, cap er 24hr 240 mg, tab 30 mg, tab 60 mg, tab 90 mg, tab 120 mg)	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
diltiazem hcl coated beads	NIVEL 2	
diltiazem hcl extended release beads	NIVEL 2	
verapamil hcl (cap er 24hr 100 mg, cap er 24hr 200 mg, cap er 24hr 300 mg)	NIVEL 4	
verapamil hcl (cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 180 mg, cap er 24hr 240 mg)	NIVEL 3	
verapamil hcl (tab 40 mg, tab 80 mg, tab 120 mg, tab er 120 mg, tab er 180 mg, tab er 240 mg)	NIVEL 2	
VERAPAMIL HCL ER	NIVEL 4	

CARDIOVASCULARES, OTROS

acetazolamide (tab 125 mg, tab 250 mg)	NIVEL 2	
aliskiren fumarate	NIVEL 4	PA
amiloride & hydrochlorothiazide	NIVEL 2	
amlodipine besylate-atorvastatin calcium	NIVEL 4	
amlodipine besylate-benazepril hcl	NIVEL 1	
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil	NIVEL 1	
amlodipine besylate-valsartan	NIVEL 1	
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
atenolol & chlorthalidone	NIVEL 1	
benazepril & hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
BENAZEPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	NIVEL 1	
BIDIL	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
bisoprolol & hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	NIVEL 1	
CORLANOR (5 MG TAB, 7.5 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
digoxin (0.05 mg/ml solution, oral soln 0.05 mg/ml)	NIVEL 2	
digoxin tab 125 mcg (0.125 mg)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
digoxin tab 250 mcg (0.25 mg)	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
enalapril maleate & hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
ENTRESTO	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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
irbesartan-hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
lisinopril & hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
losartan potassium & hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE	NIVEL 3	
metoprolol & hydrochlorothiazide	NIVEL 2	
METOPROLOL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	NIVEL 2	
metyrosine	NIVEL 5	
moexipril-hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
pentoxifylline	NIVEL 2	
PROPRANOLOL-HCTZ	NIVEL 2	
quinapril-hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
ranolazine	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
spironolactone & hydrochlorothiazide	NIVEL 2	
telmisartan-amlodipine	NIVEL 1	
telmisartan-hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
trandolapril-verapamil hcl	NIVEL 1	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER	NIVEL 1	
triamterene & hydrochlorothiazide (tab 37.5-25 mg, tab 75-50 mg)	NIVEL 1	
triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg	NIVEL 2	
valsartan-hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
VYNDAMAX	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)

DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO

choline fenofibrate	NIVEL 3	
fenofibrate (tab 48 mg, tab 54 mg, tab 145 mg, tab 160 mg)	NIVEL 2	
fenofibrate micronized (cap 43 mg, cap 130 mg)	NIVEL 3	ST
fenofibrate micronized (cap 67 mg, cap 134 mg, cap 200 mg)	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FENOFIBRIC ACID	NIVEL 3	
gemfibrozil	NIVEL 2	

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

atorvastatin calcium	NIVEL 1	
fluvastatin sodium (cap 20 mg equivalent), cap 40 mg equivalent))	NIVEL 1	
fluvastatin sodium tab er 24 hr 80 mg (base equivalent)	NIVEL 2	
lovastatin	NIVEL 1	
pravastatin sodium	NIVEL 1	
rosuvastatin calcium	NIVEL 1	
simvastatin	NIVEL 1	

DISLIPIDÉMICOS, OTROS

cholestyramine (powder 4 gm/dose, powder packets 4 gm)	NIVEL 2	
cholestyramine light (powder 4 gm/dose, powder packets 4 gm)	NIVEL 2	
colesevelam hcl	NIVEL 4	
colestipol hcl (granule packets 5 gm, granules 5 gm)	NIVEL 3	
colestipol hcl tab 1 gm	NIVEL 2	
ezetimibe	NIVEL 2	
ezetimibe-simvastatin	NIVEL 4	
icosapent ethyl	NIVEL 4	
JUXTAPID	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
niacin (antihyperlipidemic) (tab er 750 mg (antihyperlipidemic), tab er 1000 mg (antihyperlipidemic))	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	NIVEL 3	
niacin tab er 500 mg (antihyperlipidemic)	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR	NIVEL 3	
omega-3-acid ethyl esters	NIVEL 3	
REPATHA	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	NIVEL 4	PA, QL (3.5 PER 28 OVER TIME)
REPATHA SURECLICK	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VASCEPA 0.5 GM CAP	NIVEL 4	
DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO		
amiloride hcl	NIVEL 2	
eplerenone	NIVEL 3	
spironolactone	NIVEL 2	
DIURÉTICOS, ASA		
bumetanide (tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)	NIVEL 2	
bumetanide inj 0.25 mg/ml	NIVEL 4	
furosemide (8 mg/ml solution, oral soln 10 mg/ml)	NIVEL 2	
furosemide (tab 20 mg, tab 40 mg, tab 80 mg)	NIVEL 1	
furosemide inj 10 mg/ml	NIVEL 4	
torsemide	NIVEL 2	
DIURÉTICOS, TIAZIDAS		
CHLOROTHIAZIDE (250 MG TAB, 500 MG TAB, TAB 500 MG)	NIVEL 2	
chlorthalidone	NIVEL 2	
DIURIL	NIVEL 4	
hydrochlorothiazide	NIVEL 1	
indapamide	NIVEL 2	
metolazone	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)		
benazepril hcl	NIVEL 1	
captopril	NIVEL 1	
enalapril maleate (tab 2.5 mg, tab 5 mg, tab 10 mg, tab 20 mg)	NIVEL 1	
fosinopril sodium	NIVEL 1	
lisinopril	NIVEL 1	
moexipril hcl	NIVEL 1	
perindopril erbumine	NIVEL 1	
quinapril hcl	NIVEL 1	
ramipril	NIVEL 1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
trandolapril	NIVEL 1	

VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA

hydralazine hcl (tab 10 mg, tab 25 mg, tab 50 mg, tab 100 mg)	NIVEL 2	
minoxidil	NIVEL 2	

VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS

isosorbide dinitrate	NIVEL 2	
ISOSORBIDE DINITRATE ER	NIVEL 2	
isosorbide mononitrate	NIVEL 2	
NITRO-BID	NIVEL 3	
nitroglycerin (patch 24hr 0.1 mg/hr, patch 24hr 0.2 mg/hr, patch 24hr 0.4 mg/hr, patch 24hr 0.6 mg/hr)	NIVEL 2	
nitroglycerin (sl tab 0.3 mg, sl tab 0.4 mg, sl tab 0.6 mg)	NIVEL 3	
nitroglycerin tl soln 0.4 mg/spray (400 mcg/spray)	NIVEL 4	
NITROSTAT	NIVEL 3	
RECTIV	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)

DERMATOLÓGICOS

ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

acitretin	NIVEL 4	
adapalene cream 0.1%	NIVEL 4	
adapalene gel 0.1%	NIVEL 3	
benzoyl peroxide-erythromycin	NIVEL 4	
clindamycin phosphate-benzoyl peroxide (refrigerate)	NIVEL 3	
clindamycin phosphate-benzoyl peroxide gel 1-5%	NIVEL 4	
isotretinoin (cap 10 mg, cap 20 mg, cap 30 mg, cap 40 mg)	NIVEL 4	
tazarotene cream 0.1%	NIVEL 4	
TAZORAC 0.05 % CREAM	NIVEL 4	
tretinoin (cream 0.025%, cream 0.05%, cream 0.1%, gel 0.01%, gel 0.025%)	NIVEL 3	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS		
acyclovir oint 5%	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
BACTROBAN NASAL	NIVEL 4	
ciclopirox (gel 0.77%, shampoo 1%)	NIVEL 4	
ciclopirox solution 8%	NIVEL 2	
clindamycin phosphate (topical) (gel, lotion, soln)	NIVEL 2	
DENAVIR	NIVEL 5	PA, QL (5 PER 30 OVER TIME)
ERY	NIVEL 3	
erythromycin gel 2%	NIVEL 4	
erythromycin pads 2%	NIVEL 3	
erythromycin soln 2%	NIVEL 2	
mupirocin	NIVEL 2	
SULFAMYLON 85 MG/GM CREAM	NIVEL 4	
DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
alclometasone dipropionate oint 0.05%	NIVEL 2	
ANUSOL-HC	NIVEL 2	
betamethasone dipropionate (topical) (cream, lotion)	NIVEL 2	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUG	NIVEL 4	
betamethasone dipropionate augmented oint 0.05%	NIVEL 4	
betamethasone valerate (cream equivalent), lotion equivalent), oint equivalent))	NIVEL 2	
CAPEX	NIVEL 4	
clobetasol propionate (cream, soln)	NIVEL 2	
clobetasol propionate (gel, oint)	NIVEL 3	
clobetasol propionate emollient base	NIVEL 3	
desonide (cream, oint)	NIVEL 3	ST
desoximetasone (cream, oint)	NIVEL 3	
fluocinolone acetonide (cream 0.01%, cream 0.025%, oint 0.025%)	NIVEL 2	
fluocinolone acetonide (oil (body oil), oil (scalp oil))	NIVEL 4	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
fluocinonide (cream, gel, oint, soln)	NIVEL 2	
fluocinonide emulsified base	NIVEL 2	
fluticasone propionate (cream 0.05%, oint 0.005%)	NIVEL 2	
halobetasol propionate (cream, oint)	NIVEL 3	QL (200 PER 28 OVER TIME)
hydrocortisone (rectal)	NIVEL 2	
hydrocortisone (topical) (cream 1%, cream 2.5%, lotion 2.5%, oint 1%, oint 2.5%)	NIVEL 2	
HYDROCORTISONE BUTYRATE (0.1 % SOLUTION, SOLN 0.1%)	NIVEL 4	ST
hydrocortisone valerate cream 0.2%	NIVEL 3	ST
lactic acid (ammonium lactate) (lactate) cream, lactate) lotion)	NIVEL 2	
mometasone furoate solution 0.1% (lotion)	NIVEL 2	
selenium sulfide lotion 2.5%	NIVEL 2	
tacrolimus (topical)	NIVEL 3	ST, QL (100 PER 30 OVER TIME)
triamcinolone acetonide (topical) (cream 0.025%, cream 0.1%, cream 0.5%, lotion 0.1%, oint 0.025%, oint 0.1%, oint 0.5%)	NIVEL 2	
triamcinolone acetonide lotion 0.025%	NIVEL 3	
DERMATOLÓGICOS, OTROS		
bimatoprost (topical)	NIVEL 4	ST, QL (5 PER 30 DAYS)
calcipotriene (cream, oint, soln (50 mcg/ml))	NIVEL 3	
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	NIVEL 4	
clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%	NIVEL 2	
clotrimazole w/ betamethasone lotion 1-0.05%	NIVEL 4	
CONDYLOX	NIVEL 4	
diclofenac sodium (actinic keratoses)	NIVEL 5	PA, QL (300 PER 365 OVER TIME)
DUOBRII	NIVEL 5	PA, QL (200 PER 28 OVER TIME)
FLUOROURACIL (2 % SOLUTION, 5 % SOLUTION)	NIVEL 2	
fluorouracil (topical)	NIVEL 3	
imiquimod cream 5%	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
METHOXSALEN RAPID (10 MG CAP, CAP 10 MG)	NIVEL 5	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y
las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
nystatin-triamcinolone	NIVEL 4	
podofilox	NIVEL 2	
REGRANEX	NIVEL 5	PA, QL (15 PER 2 OVER TIME)
SANTYL	NIVEL 3	QL (180 PER 30 OVER TIME)
silver sulfadiazine	NIVEL 2	
TOLAK	NIVEL 3	

PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS

LINDANE	NIVEL 4	
malathion	NIVEL 4	
permethrin	NIVEL 2	

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES

CHEMET	NIVEL 4	
deferasirox (tab 90 mg, tab 180 mg, tab 360 mg, tab for oral susp 125 mg, tab for oral susp 250 mg, tab for oral susp 500 mg)	NIVEL 5	
deferiprone	NIVEL 5	PA, LA
FERRIPROX (100 MG/ML SOLUTION, 1000 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA
FERRIPROX TWICE-A-DAY	NIVEL 5	PA, LA
trientine hcl	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)

QUELANTES DE FOSFATO

AURYXIA	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
calcium acetate (phosphate binder)	NIVEL 2	
lanthanum carbonate	NIVEL 5	
sevelamer carbonate (packet 0.8 gm, packet 2.4 gm)	NIVEL 5	
sevelamer carbonate tab 800 mg	NIVEL 2	

QUELANTES DE POTASIO

*sodium polystyrene sulfonate (*sodium powder**, sodium oral susp 15 gm/60ml)*	NIVEL 2	
SPS	NIVEL 2	
VELTASSA	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES		
amino acid electrolyte infusion	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
amino acid infusion	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMINOSYN	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMINOSYN II	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMINOSYN-HBC	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMINOSYN-PF	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMINOSYN-RF	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
AMINOSYN/ELECTROLYTES	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
CARBAGLU	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	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
INTRALIPID	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
KCL IN DEXTROSE-NACL	NIVEL 4	
NORMOSOL-M IN D5W	NIVEL 4	
NUTRILIPID	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
potassium chloride (cap er 8, cap er 10, tab er 8 (600 mg), tab er 10, tab er 20 (1500 mg))	NIVEL 2	
POTASSIUM CHLORIDE (INJ 2 MEQ/ML, 10 MEQ/100ML SOLUTION, INJ 10 MEQ/100ML, ORAL SOLN 10% (20 MEQ/15ML), 20 MEQ/100ML SOLUTION, INJ 20 MEQ/100ML, ORAL SOLN 20% (40 MEQ/15ML), 40 MEQ/100ML SOLUTION, INJ 40 MEQ/100ML)	NIVEL 4	
POTASSIUM CHLORIDE ER	NIVEL 2	
potassium chloride in dextrose & sodium chloride (20 meq/l (0.1)0.2% inj, 20 meq/l (0.1)0.33% inj, 20 meq/l (0.1)0.4inj, 20 meq/l (0.1)0.9% inj)	NIVEL 4	
potassium chloride in nacl (kcl 20 meq/l (0.15%)0.9% inj, kcl 40 meq/l (0.3%)0.9% inj, potassium chloride40-0.9 meq/l-% solution)	NIVEL 4	
potassium chloride microencapsulated crystals er	NIVEL 2	
potassium citrate (alkalinizer) (tab er 5 (540 mg), tab er 10 (1080 mg))	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
potassium citrate tab er 15 meq (1620 mg)	NIVEL 3	
PREMASOL	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
sodium chloride (0.9 % solution, inj 2.5 meq/ml (14.6%), iv soln 0.45%, iv soln 0.9%, iv soln 3%, iv soln 5%, preservative free (pf) inj 0.9%)	NIVEL 4	
sodium fluoride (chew tab 0.25 mg f 0.55 mg naf), chew tab 0.5 mg f 1.1 mg naf), chew tab 1 mg f 2.2 mg naf))	NIVEL 1	

VITAMINAS

dextrose (inj 5%, inj 10%)	NIVEL 4	
dextrose in lactated ringers	NIVEL 4	
dextrose w/ sodium chloride	NIVEL 4	
DEXTROSE-NACL	NIVEL 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	NIVEL 4	
lactated ringer's	NIVEL 4	
lactated ringer's (irrigation)	NIVEL 2	
LACTATED RINGERS	NIVEL 4	
levocarnitine tab 330 mg	NIVEL 2	
NEONATAL PLUS	NIVEL 3	
potassium chloride in dextrose (20 meq/l (0.15%)5% inj, 40-5 meq/l-% solution)	NIVEL 4	
prenatal vitamins	NIVEL 3	
ringer's	NIVEL 4	
ringer's irrigation	NIVEL 2	
SMOFLIPID	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
sodium fluoride soln 0.5 mg/ml f (from 1.1 mg/ml naf)	NIVEL 1	
TPN ELECTROLYTES	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

AMINOSALICILATOS

balsalazide disodium	NIVEL 2	
DIPENTUM	NIVEL 5	PA
mesalamine cap er 24hr 0.375 gm	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
mesalamine enema 4 gm	NIVEL 2	
mesalamine suppos 1000 mg	NIVEL 5	
mesalamine tab delayed release 1.2 gm	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
sulfasalazine	NIVEL 2	

GLUCOCORTICOIDES

budesonide delayed release particles cap 3 mg	NIVEL 4	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
budesonide tab er 24hr 9 mg	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
CORTIFOAM	NIVEL 4	
hydrocortisone	NIVEL 2	
hydrocortisone (intrarectal)	NIVEL 3	

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

alendronate sodium (tab 5 mg, tab 10 mg, tab 35 mg, 40 mg tab, tab 70 mg)	NIVEL 2	
alendronate sodium oral soln 70 mg/75ml	NIVEL 4	
calcitonin (salmon) nasal soln 200 unit/act	NIVEL 2	QL (3.7 PER 30 OVER TIME)
calcitriol (cap 0.25 mcg, cap 0.5 mcg)	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
calcitriol oral soln 1 mcg/ml	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
cinacalcet hcl (tab 60 mg equiv), tab 90 mg equiv))	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination
cinacalcet hcl tab 30 mg (base equiv)	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
doxercalciferol (cap 0.5 mcg, cap 1 mcg, cap 2.5 mcg, inj 4 mcg/2ml (2 mcg/ml))	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
ETIDRONATE DISODIUM	NIVEL 3	
ibandronate sodium iv soln 3 mg/3ml (base equivalent)	NIVEL 4	PA
ibandronate sodium tab 150 mg (base equivalent)	NIVEL 2	
NATPARA	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
paricalcitol (cap 1 mcg, cap 2 mcg, cap 4 mcg, iv soln 2 mcg/ml, iv soln 5 mcg/ml)	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
PROLIA	NIVEL 4	PA
TYMLOS	NIVEL 5	PA, QL (1.56 PER 28 OVER TIME)
XGEVA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1.7 PER 28 OVER TIME)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
zoledronic acid (4 mg recon soln, 4 mg/100ml solution, inj conc for iv infusion 4 mg/5ml, iv soln 5 mg/100ml)	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination

GASTROINTESTINALES

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)

cimetidine	NIVEL 2	
CIMETIDINE HCL (300 MG/5ML SOLUTION, SOLN 300 MG/5ML)	NIVEL 2	
famotidine (tab 20 mg, tab 40 mg)	NIVEL 2	
NIZATIDINE (150 MG CAP, CAP 150 MG, 300 MG CAP, CAP 300 MG)	NIVEL 2	

ANTIDIARREICOS

alosetron hcl	NIVEL 5	PA
diphenoxylate w/ atropine	NIVEL 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE	NIVEL 2	
loperamide hcl	NIVEL 2	

ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES

ATROPINE SULFATE (0.5 MG/5ML SOLN PRSYR, SOLN PREFILL SYR 0.5 MG/5ML (0.1 MG/ML), 1 MG/10ML SOLN PRSYR, SOLN PREFILL SYR 1 MG/10ML (0.1 MG/ML))	NIVEL 4	
dicyclomine hcl (cap 10 mg, tab 20 mg)	NIVEL 2	PA
dicyclomine hcl oral soln 10 mg/5ml	NIVEL 4	PA
glycopyrrolate (tab 1 mg, tab 2 mg)	NIVEL 2	
methscopolamine bromide	NIVEL 4	

ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL

AMITIZA	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
lactulose (encephalopathy)	NIVEL 2	
lactulose solution 10 gm/15ml	NIVEL 2	
LINZESS	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
MOVANTIK	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride	NIVEL 2	
RELISTOR (8 MG/0.4ML SOLUTION, 12 MG/0.6ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SUPREP BOWEL PREP KIT	NIVEL 3	

GASTROINTESTINALES, OTROS

GATTEX	NIVEL 5	PA, LA
GAVILYTE-C	NIVEL 2	
MYALEPT	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate	NIVEL 2	
ursodiol (tab 250 mg, tab 500 mg)	NIVEL 3	
ursodiol cap 300 mg	NIVEL 4	

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

DEXILANT	NIVEL 3	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
esomeprazole magnesium (cap 20 mg eq), cap 40 mg eq))	NIVEL 3	
lansoprazole (cap 15 mg, cap 30 mg)	NIVEL 2	
omeprazole	NIVEL 2	
pantoprazole sodium (ec tab 20 mg equiv), ec tab 40 mg equiv))	NIVEL 2	
pantoprazole sodium for iv soln 40 mg (base equiv)	NIVEL 4	
rabeprazole sodium ec tab 20 mg	NIVEL 3	

PROTECTORES

misoprostol	NIVEL 2	
sucralfate tab 1 gm	NIVEL 2	

GENITOURINARIOS

ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS

flavoxate hcl	NIVEL 2	
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	NIVEL 4	
oxybutynin chloride (syrup 5 mg/5ml, tab 5 mg, tab er 24hr 10 mg, tab er 24hr 15 mg, tab er 24hr 5 mg)	NIVEL 2	
solifenacin succinate	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
tolterodine tartrate	NIVEL 4	ST
trospium chloride tab 20 mg	NIVEL 2	

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
GENITOURINARIOS, OTROS		
bethanechol chloride	NIVEL 2	
penicillamine tab 250 mg	NIVEL 5	PA
THIOLA EC	NIVEL 5	PA, LA
tiopronin	NIVEL 5	PA
HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
alfuzosin hcl	NIVEL 2	
dutasteride	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
dutasteride-tamsulosin hcl	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
finasteride	NIVEL 2	
silodosin	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
tamsulosin hcl	NIVEL 2	
HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES		
ANTICOAGULANTES		
ELIQUIS 2.5 MG TAB	NIVEL 3	
ELIQUIS 5 MG TAB	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	NIVEL 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
enoxaparin sodium (inj 100 mg/ml, inj 150 mg/ml, inj 300 mg/3ml)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 OVER TIME)
enoxaparin sodium (inj 80 mg/0.8ml, inj 120 mg/0.8ml)	NIVEL 4	QL (48 PER 30 OVER TIME)
enoxaparin sodium inj 30 mg/0.3ml	NIVEL 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
enoxaparin sodium inj 40 mg/0.4ml	NIVEL 4	QL (24 PER 30 OVER TIME)
enoxaparin sodium inj 60 mg/0.6ml	NIVEL 4	QL (36 PER 30 OVER TIME)
fondaparinux sodium subcutaneous inj 10 mg/0.8ml	NIVEL 5	QL (24 PER 30 OVER TIME)
fondaparinux sodium subcutaneous inj 2.5 mg/0.5ml	NIVEL 4	QL (15 PER 30 OVER TIME)
fondaparinux sodium subcutaneous inj 5 mg/0.4ml	NIVEL 5	QL (12 PER 30 OVER TIME)
fondaparinux sodium subcutaneous inj 7.5 mg/0.6ml	NIVEL 5	QL (18 PER 30 OVER TIME)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
heparin sodium (porcine) ((porcine) inj 1000 unit/ml, (porcine) inj 5000 unit/ml, (porcine) inj 10000 unit/ml, (porcine) inj 20000 unit/ml)	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
IPRIVASK	NIVEL 5	QL (24 PER 68 OVER TIME)
PRADAXA	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
warfarin sodium	NIVEL 1	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XARELTO STARTER PACK	NIVEL 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
ZONTIVITY	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS

anagrelide hcl	NIVEL 3	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (FREE) 10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, FREE) 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, FREE) 25 MCG/ML SOLUTION, FREE) 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, FREE) 40 MCG/ML SOLUTION, FREE) 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, FREE) 60 MCG/ML SOLUTION)	NIVEL 4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (FREE) 100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, FREE) 100 MCG/ML SOLUTION, FREE) 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, FREE) 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, FREE) 200 MCG/ML SOLUTION, FREE) 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, FREE) 300 MCG/ML SOLUTION, FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
LEUKINE	NIVEL 5	PA
MOZOBIL	NIVEL 5	PA, LA
NEULASTA	NIVEL 5	PA
NEULASTA ONPRO	NIVEL 5	PA
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)	NIVEL 4	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
RETACRIT 40000 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA
ZARXIO	NIVEL 5	PA

HEMOSTÁTICOS

tranexamic acid iv soln 1000 mg/10ml (100 mg/ml)	NIVEL 4	
tranexamic acid tab 650 mg	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

MODIFICADORES PLAQUETARIOS

aspirin-dipyridamole	NIVEL 4	
BRILINTA	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
CABLIVI	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
cilostazol	NIVEL 2	
clopidogrel bisulfate tab 75 mg (base equiv)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
dipyridamole (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 75 mg)	NIVEL 2	PA
OXBRYTA	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
prasugrel hcl	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TAVALISSE	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

desmopressin acetate (inj 4 mcg/ml, preservative free (pf) inj 4 mcg/ml)	NIVEL 4	
desmopressin acetate (tab 0.1 mg, tab 0.2 mg)	NIVEL 3	
desmopressin acetate spray	NIVEL 4	
desmopressin acetate spray refrigerated	NIVEL 4	
EGRIFTA	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
EGRIFTA SV	NIVEL 5	PA, LA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
INCRELEX	NIVEL 5	PA, LA
NORDITROPIN FLEXPRO	NIVEL 5	PA
SEROSTIM	NIVEL 5	PA, LA

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES

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

ANDRÓGENOS

danazol	NIVEL 4	
TESTOSTERONE (12.5 MG/ACT (1%) GEL, TD GEL 12.5 MG/ACT (1%), 25 MG/2.5GM (1%) GEL, TD GEL 25 MG/2.5GM (1%), 50 MG/5GM (1%) GEL, TD GEL 50 MG/5GM (1%))	NIVEL 3	PA, QL (300 PER 30 OVER TIME)
testosterone (gel 20.25 mg/act (1.62%), gel 40.5 mg/2.5gm (1.62%))	NIVEL 4	PA, QL (150 PER 30 OVER TIME)
TESTOSTERONE CYPIONATE (IM INJ IN OIL 100 MG/ML, 200 MG/ML SOLUTION, IM INJ IN OIL 200 MG/ML)	NIVEL 3	
testosterone enanthate (200 mg/ml solution, im inj in oil 200 mg/ml)	NIVEL 4	QL (5 PER 30 OVER TIME)
testosterone td gel 20.25 mg/1.25gm (1.62%)	NIVEL 4	PA, QL (37.5 PER 30 OVER TIME)

ESTEROIDES ANABOLIZANTES

ANADROL-50	NIVEL 5	
oxandrolone	NIVEL 3	PA

ESTRÓGENOS

DEPO-ESTRADIOL	NIVEL 4	
desogestrel & ethinyl estradiol	NIVEL 2	
desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic)	NIVEL 2	
desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic)	NIVEL 2	
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg	NIVEL 3	
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg	NIVEL 2	
estradiol (patch 0.025 mg/24hr, patch 0.0375 mg/24hr (37.5 mcg/24hr), patch 0.05 mg/24hr, patch 0.06 mg/24hr, patch 0.075 mg/24hr, patch 0.1 mg/24hr)	NIVEL 3	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
estradiol (patch 0.025 mg/24hr, patch 0.0375 mg/24hr, patch 0.05 mg/24hr, patch 0.075 mg/24hr, patch 0.1 mg/24hr)	NIVEL 2	PA, QL (16 PER 28 OVER TIME)
estradiol (tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)	NIVEL 2	PA
estradiol vaginal (cream 0.1 mg/gm, tab 10 mcg)	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
estradiol valerate	NIVEL 4	
ESTRING	NIVEL 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg	NIVEL 2	
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg	NIVEL 3	
etonogestrel-ethinyl estradiol	NIVEL 2	QL (1 PER 28 OVER TIME)
FEMRING	NIVEL 4	QL (1 PER 84 OVER TIME)
levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)	NIVEL 4	
levonorgestrel & eth estradiol	NIVEL 2	
levonorgestrel-eth estradiol (triphasic)	NIVEL 2	
levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day) (levonorg-eth tab 0.1-0.02mg(84) eth tab 0.01mg(7), levonorgrel ethinyl radiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg)	NIVEL 2	
MENEST	NIVEL 4	PA
norelgestromin-ethinyl estradiol	NIVEL 4	
norethin acet & estrad-fe (tab 1 mg-20 mcg, tab 1.5 mg-30 mcg)	NIVEL 2	
norethindrone & eth estradiol (tab 0.4 mcg, tab 1 mcg)	NIVEL 2	
norethindrone & ethinyl estradiol tab 0.5 mg-35 mcg	NIVEL 3	
norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg	NIVEL 2	
norethindrone acet & eth estra	NIVEL 2	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol	NIVEL 4	PA
norethindrone-eth estradiol tab 0.5-35/0.75-35/1-35 mg-mcg	NIVEL 2	
norethindrone-eth estradiol tab 0.5-35/1-35/0.5-35 mg-mcg	NIVEL 3	
norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg	NIVEL 2	
norgestimate-ethinyl estradiol	NIVEL 2	
norgestrel & ethinyl estradiol	NIVEL 2	
PREMARIN (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)	NIVEL 4	PA
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS		
OSPHENA	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
raloxifene hcl	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
PROGESTINAS		
DEPO-PROVERA 400 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	
HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE 1.25 GM/5ML SOLUTION	NIVEL 5	
medroxyprogesterone acetate	NIVEL 2	
medroxyprogesterone acetate (contraceptive)	NIVEL 4	
megestrol acetate (appetite)	NIVEL 4	PA
megestrol acetate (susp 40 mg/ml, tab 20 mg, tab 40 mg)	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
norethindrone (contraceptive)	NIVEL 2	
norethindrone acetate	NIVEL 2	
progesterone (cap 100 mg, cap 200 mg)	NIVEL 2	
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)		
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
ACTHAR	NIVEL 5	PA, LA
alclometasone dipropionate cream 0.05%	NIVEL 2	
betamethasone dipropionate augmented (cream, lotion)	NIVEL 2	
betamethasone dipropionate oint 0.05%	NIVEL 2	
CORTISONE ACETATE	NIVEL 4	
DEXAMETHASONE (0.5 MG/5ML SOLUTION, ELIXIR 0.5 MG/5ML, TAB 0.5 MG, TAB 0.75 MG, 1 MG TAB, TAB 1.5 MG, 2 MG TAB, TAB 4 MG, TAB 6 MG)	NIVEL 2	
dexamethasone sodium phosphate (inj 4 mg/ml, inj 20 mg/5ml, inj 120 mg/30ml)	NIVEL 4	
dexamethasone sodium phosphate (sod preservative free inj 10 mg/ml, sodium inj 10 mg/ml, sodium inj 100 mg/10ml)	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
fludrocortisone acetate	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HEMADY	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
hydrocortisone butyrate oint 0.1%	NIVEL 4	ST
hydrocortisone valerate oint 0.2%	NIVEL 3	
KORLYM	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
methylprednisolone	NIVEL 2	
methylprednisolone acetate (inj susp 40 mg/ml, inj susp 80 mg/ml)	NIVEL 4	
methylprednisolone sod succ (inj 40 mg equiv), inj 125 mg equiv))	NIVEL 4	
mometasone furoate (cream, oint)	NIVEL 2	
PREDNICARBATE (0.1 % CREAM, 0.1 % OINTMENT, CREAM 0.1%)	NIVEL 3	
prednisolone (15 mg/5ml solution, syrup 15 mg/5ml (usp solution equivalent))	NIVEL 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE (SOD PHOSPH ORAL SOLN 6.7 MG/5ML (5 MG/5ML BASE), SODIUM PHOSPHATE 25 MG/5ML SOLUTION)	NIVEL 2	
prednisone (tab 1 mg, tab 2.5 mg, 5 mg/5ml solution, tab 5 mg, tab 10 mg, tab 20 mg, tab 50 mg, tab therapy pack 5 mg (21), tab therapy pack 5 mg (48), tab therapy pack 10 mg (21), tab therapy pack 10 mg (48))	NIVEL 2	
PREDNISONE INTENSOL	NIVEL 3	

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

levothyroxine sodium (tab 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)	NIVEL 1	
liothyronine sodium (tab 5 mcg, tab 25 mcg, tab 50 mcg)	NIVEL 2	
SYNTHROID	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HORMONALES, SUPRESORES (HIPOFISARIOS)		
cabergoline	NIVEL 3	QL (16 PER 30 OVER TIME)
FIRMAGON	NIVEL 4	
FIRMAGON (240 MG DOSE)	NIVEL 5	
leuprolide acetate	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	NIVEL 5	
octreotide acetate (50 mcg/ml soln prsyr, inj 50 mcg/ml (0.05 mg/ml), 100 mcg/ml soln prsyr, inj 100 mcg/ml (0.1 mg/ml), 200 mcg/ml solution, inj 200 mcg/ml (0.2 mg/ml))	NIVEL 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE (500 MCG/ML SOLN PRSYR, INJ 500 MCG/ML (0.5 MG/ML), 1000 MCG/ML SOLUTION, INJ 1000 MCG/ML (1 MG/ML))	NIVEL 5	PA
ORGOVYX	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
SANDOSTATIN LAR DEPOT	NIVEL 5	PA
SIGNIFOR	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
SOMATULINE DEPOT	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOMAVERT	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNAREL	NIVEL 5	
HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)		
ANTITIROIDEOS		
methimazole	NIVEL 2	
propylthiouracil	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INMUNOLÓGICOS		
ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
BERINERT	NIVEL 5	PA, LA
CINRYZE	NIVEL 5	PA, LA
HAEGARDA	NIVEL 5	PA, LA
icatibant acetate	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
RUCONEST	NIVEL 5	PA, LA
INMUNOESTIMULANTES		
ACTIMMUNE	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA
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)
PEGASYS PROCLICK	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 30 OVER TIME)
SYLATRON (200 MCG KIT, 300 MCG KIT)	NIVEL 5	
SYLATRON 600 MCG KIT	NIVEL 5	LA
INMUNOGLOBULINAS		
BIVIGAM	NIVEL 5	PA, LA
CARIMUNE NF	NIVEL 5	PA
FLEBOGAMMA DIF	NIVEL 5	PA
GAMMAGARD	NIVEL 5	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA	NIVEL 5	PA
GAMMAKED	NIVEL 5	PA
GAMMAPLEX (5 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/400ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA
GAMMAPLEX 10 GM/200ML SOLUTION	NIVEL 5	PA
GAMUNEX-C	NIVEL 5	PA
HIZENTRA	NIVEL 5	PA, LA
PRIVIGEN	NIVEL 5	PA
VARIZIG	NIVEL 5	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INMUNOLÓGICOS, OTROS		
ARCALYST	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)
ILARIS (150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA
RIDAURA	NIVEL 5	
STELARA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION, 90 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
TALTZ	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
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 (75 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA
INMUNOSUPRESORES		
AZATHIOPRINE SODIUM	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
azathioprine tab 50 mg	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
cyclosporine (cap 25 mg, cap 100 mg, iv soln 50 mg/ml)	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
cyclosporine modified (for microemulsion) (cap 25 mg, cap 50 mg, cap 100 mg, oral soln 100 mg/ml)	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MG/0.5ML SOLUTION, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
ENBREL SURECLICK	NIVEL 5	PA
ENVARSUS XR	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (immunosuppressant) (tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 0.75 mg)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
HUMIRA	NIVEL 5	PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START	NIVEL 5	PA
HUMIRA PEN	NIVEL 5	PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	NIVEL 5	PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START	NIVEL 5	PA
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START	NIVEL 5	PA
HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT STARTER	NIVEL 5	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
leflunomide	NIVEL 2	
METHOTREXATE SODIUM (FOR INJ 1 GM, INJ 50 MG/2ML (25 MG/ML), INJ PF 50 MG/2ML (25 MG/ML), 250 MG/10ML SOLUTION, INJ PF 250 MG/10ML (25 MG/ML), INJ PF 1000 MG/40ML (25 MG/ML))	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
methotrexate sodium tab 2.5 mg (base equiv)	NIVEL 2	
mycophenolate mofetil (cap 250 mg, tab 500 mg)	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
mycophenolate mofetil for oral susp 200 mg/ml	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination
mycophenolate mofetil hcl	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
mycophenolate sodium	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
PROGRAF 0.2 MG PACKET	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
PROGRAF 1 MG PACKET	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZUROCK	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
sirolimus (oral soln 1 mg/ml, tab 2 mg)	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination
sirolimus (tab 0.5 mg, tab 1 mg)	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
tacrolimus (cap 0.5 mg, cap 1 mg, cap 5 mg)	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
TREXALL	NIVEL 4	
XATMEP	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
XELJANZ XR	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
ZORTRESS 1 MG TAB	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY

VACUNAS

ACTHIB	NIVEL 3	
ADACEL	NIVEL 3	
BCG VACCINE	NIVEL 3	
BEXSERO	NIVEL 3	
BOOSTRIX	NIVEL 3	
DAPTACEL	NIVEL 3	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT	NIVEL 3	
ENGERIX-B	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
GARDASIL 9	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HAVRIX	NIVEL 3	
HIBERIX	NIVEL 3	
IMOVAX RABIES	NIVEL 3	
INFANRIX	NIVEL 3	
IPOL	NIVEL 3	
IXIARO	NIVEL 4	
KINRIX	NIVEL 3	
M-M-R II	NIVEL 3	
MENACTRA	NIVEL 3	
MENQUADFI	NIVEL 3	
MENVEO	NIVEL 3	
PEDIARIX	NIVEL 3	
PEDVAX HIB	NIVEL 3	
PENTACEL	NIVEL 3	
PROQUAD	NIVEL 3	
QUADRACEL	NIVEL 3	
RABAVERT	NIVEL 3	
RECOMBIVAX HB	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
ROTARIX	NIVEL 3	
ROTATEQ	NIVEL 3	
SHINGRIX	NIVEL 3	QL (2 PER 365 OVER TIME)
TDVAX	NIVEL 3	
TENIVAC	NIVEL 3	
TICOVAC	NIVEL 3	
TRUMENBA	NIVEL 3	
TWINRIX	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination
TYPHIM VI	NIVEL 4	
VAQTA	NIVEL 3	
VARIVAX	NIVEL 3	
YF-VAX	NIVEL 4	
ZOSTAVAX	NIVEL 4	QL (1 PER 365 OVER TIME)

MIORRELAJANTES

carisoprodol tab 350 mg	NIVEL 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y
las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
cyclobenzaprine hcl (tab 5 mg, tab 10 mg)	NIVEL 2	PA
methocarbamol (tab 500 mg, tab 750 mg)	NIVEL 2	PA

OFTÁLMICOS

OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS

azelastine hcl (ophth)	NIVEL 2	
bepotastine besilate	NIVEL 4	
cromolyn sodium (ophth)	NIVEL 2	
LASTACAFT	NIVEL 4	
olopatadine hcl ophth soln 0.1% (base equivalent)	NIVEL 2	
olopatadine hcl ophth soln 0.2% (base equivalent)	NIVEL 3	
PAZEO	NIVEL 3	QL (2.5 PER 30 OVER TIME)

OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS

BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	
erythromycin (ophth)	NIVEL 2	
GENTAK	NIVEL 2	
gentamicin sulfate (ophth)	NIVEL 2	
levofloxacin (ophth)	NIVEL 2	
moxifloxacin hcl (ophth)	NIVEL 2	
NATACYN	NIVEL 3	
ofloxacin (ophth)	NIVEL 2	
polymyxin b-trimethoprim	NIVEL 2	
sulfacetamide sodium (ophth)	NIVEL 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	NIVEL 2	
tobramycin (ophth)	NIVEL 2	

OFTÁLMICOS ANTIINFLAMATORIOS

ALREX	NIVEL 3	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	NIVEL 2	
diclofenac sodium (ophth)	NIVEL 2	
difluprednate	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
fluorometholone (ophth)	NIVEL 2	
flurbiprofen sodium (0.03 % solution, ophth soln 0.03%)	NIVEL 2	
FML	NIVEL 4	
FML FORTE	NIVEL 4	
ILEVRO	NIVEL 3	QL (1.7 PER 30 OVER TIME)
ketorolac tromethamine (ophth)	NIVEL 2	
loteprednol etabonate ophth susp 0.5%	NIVEL 3	
MAXIDEX	NIVEL 4	
PREDNISOLONE ACETATE	NIVEL 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
PROLENSA	NIVEL 3	

OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS

bimatoprost	NIVEL 4	ST, QL (5 PER 30 DAYS)
latanoprost (0.005 % solution, ophth soln 0.005%)	NIVEL 2	
LUMIGAN	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)
travoprost	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)

OFTÁLMICOS BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

betaxolol hcl (ophth)	NIVEL 2	
CARTEOLOL HCL	NIVEL 2	
carteolol hcl (ophth)	NIVEL 2	
levobunolol hcl (0.5 % solution, ophth soln 0.5%)	NIVEL 2	
METIPRANOLOL	NIVEL 2	
TIMOLOL MALEATE (0.25 % GEL F SOLN, 0.5 % GEL F SOLN)	NIVEL 2	
timolol maleate (ophth) (gel forming soln 0.25%, gel forming soln 0.5%, soln 0.25%, soln 0.5%)	NIVEL 2	

OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS

acetazolamide cap er 12hr 500 mg	NIVEL 4	
ALPHAGAN P 0.1 % SOLUTION	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
apraclonidine hcl	NIVEL 3	
AZOPT	NIVEL 3	
brimonidine tartrate ophth soln 0.15%	NIVEL 4	
brimonidine tartrate ophth soln 0.2%	NIVEL 2	
brinzolamide	NIVEL 3	
dorzolamide hcl ophth soln 2%	NIVEL 2	
methazolamide	NIVEL 4	
PHOSPHOLINE IODIDE	NIVEL 4	
pilocarpine hcl	NIVEL 2	
SIMBRINZA	NIVEL 3	

OFTÁLMICOS, OTROS

ATROPINE SULFATE 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
bacitracin-poly-neomycin-hc	NIVEL 2	
bacitracin-polymyxin b (ophth)	NIVEL 2	
COMBIGAN	NIVEL 3	
DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MAL	NIVEL 2	
dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml	NIVEL 2	
neomycin-bacitracin zn-polymyxin	NIVEL 2	
neomycin-polymy-dexameth (oint, susp)	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC	NIVEL 4	
RESTASIS	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
RESTASIS MULTIDOSE	NIVEL 3	QL (5.5 PER 30 OVER TIME)
sulfacetamide sod-prednisolone	NIVEL 2	
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	NIVEL 2	
tobramycin-dexamethasone	NIVEL 2	
ZYLET	NIVEL 3	

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

ANTIDIABÉTICOS

acarbose	NIVEL 2	
AVANDIA	NIVEL 4	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BYETTA 10 MCG PEN	NIVEL 4	QL (2.4 PER 28 OVER TIME)
BYETTA 5 MCG PEN	NIVEL 4	QL (1.2 PER 28 OVER TIME)
glimepiride	NIVEL 1	
glipizide	NIVEL 1	
glipizide-metformin hcl	NIVEL 1	
glyburide	NIVEL 1	PA
glyburide micronized	NIVEL 1	PA
glyburide-metformin	NIVEL 1	PA
GLYXAMBI	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
INVOKAMET (50-1000 MG TAB, 150-1000 MG TAB, 150-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
INVOKAMET 50-500 MG TAB	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
INVOKAMET XR	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
INVOKANA 100 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
INVOKANA 300 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET	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	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO	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)
metformin hcl (tab 500 mg, tab 850 mg, tab 1000 mg, tab er 24hr 500 mg, tab er 24hr 750 mg)	NIVEL 1	
miglitol	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
nateglinide	NIVEL 1	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	NIVEL 3	QL (1.5 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	NIVEL 3	QL (3 PER 28 OVER TIME)
pioglitazone hcl	NIVEL 1	
pioglitazone hcl-glimepiride	NIVEL 1	QL (1 PER 1 DAYS)
pioglitazone hcl-metformin hcl	NIVEL 1	
repaglinide	NIVEL 1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
RYBELSUS	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
SYMLINPEN 120	NIVEL 5	PA, QL (10.8 PER 28 OVER TIME)
SYMLINPEN 60	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 28 OVER TIME)
SYNJARDY	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
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)
TOLAZAMIDE	NIVEL 1	
TOLBUTAMIDE	NIVEL 1	
TRADJENTA	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
VICTOZA	NIVEL 3	QL (9 PER 30 OVER TIME)
GLUCÉMICOS		
BAQSIMI ONE PACK	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
diazoxide	NIVEL 4	
GLUCAGEN HYPOKIT	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
glucagon (rdna)	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
INSULINAS		
HUMALOG	NIVEL 3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	NIVEL 3	
HUMALOG KWIKPEN	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 50/50	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 75/25	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	NIVEL 3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	NIVEL 3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	NIVEL 3	
LANTUS	NIVEL 3	QL (40 PER 30 OVER TIME)
LANTUS SOLOSTAR	NIVEL 3	QL (45 PER 30 OVER TIME)
LEVEMIR	NIVEL 3	QL (40 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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LEVEMIR FLEXTOUCH	NIVEL 3	QL (45 PER 30 OVER TIME)
TOUJEO MAX SOLOSTAR	NIVEL 3	QL (18 PER 28 OVER TIME)
TOUJEO SOLOSTAR	NIVEL 3	QL (18 PER 28 OVER TIME)
TRESIBA	NIVEL 3	QL (30 PER 30 OVER TIME)
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (30 PER 30 OVER TIME)
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (27 PER 30 OVER TIME)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA

AUBAGIO	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
BETASERON	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)
dalfampridine	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
dimethyl fumarate	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
GILENYA 0.5 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
TYSABRI	NIVEL 5	PA, LA

FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

DRIZALMA SPRINKLE (20 MG CAP DR, 30 MG CAP DR)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (3 PER 1 DAYS)
DRIZALMA SPRINKLE (40 MG CAP DR, 60 MG CAP DR)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (2 PER 1 DAYS)
duloxetine hcl (cap 20 mg eq), cap 60 mg eq))	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
duloxetine hcl enteric coated pellets cap 30 mg (base eq)	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
duloxetine hcl enteric coated pellets cap 40 mg (base eq)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
pregabalin (cap 200 mg, cap 225 mg, cap 300 mg)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
pregabalin (cap 25 mg, cap 50 mg, cap 75 mg, cap 100 mg, cap 150 mg)	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)
pregabalin soln 20 mg/ml	NIVEL 3	QL (30 PER 1 DAYS)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL

butalbital-acetaminophen (50-300 mg cap, cap 50-300 mg)	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
butalbital-acetaminophen-caffeine cap 50-325-40 mg	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-acetaminophen-caffeine tab 50-325-40 mg	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
FIRDAPSE	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
riluzole	NIVEL 3	
tetrabenazine tab 12.5 mg	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
tetrabenazine tab 25 mg	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

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

amphetamine-dextroamphetamine (cap er 24hr 10 mg, cap er 24hr 15 mg, cap er 24hr 20 mg, cap er 24hr 25 mg, cap er 24hr 30 mg, cap er 24hr 5 mg)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine (tab 5 mg, tab 7.5 mg, tab 10 mg, tab 15 mg)	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate (tab 5 mg, tab 10 mg)	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate tab 15 mg	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate tab 20 mg	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate tab 30 mg	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
VYVANSE	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)

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

atomoxetine hcl (cap 10 mg equiv), cap 18 mg equiv), cap 25 mg equiv))	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
atomoxetine hcl (cap 60 mg equiv), cap 80 mg equiv), cap 100 mg equiv))	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
atomoxetine hcl cap 40 mg (base equiv)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
dexmethylphenidate hcl (tab 2.5 mg, tab 5 mg, tab 10 mg)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
guanfacine hcl (adhd)	NIVEL 3	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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
methylphenidate hcl (chew tab 2.5 mg, chew tab 5 mg)	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl chew tab 10 mg	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl tab 10 mg	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl tab 20 mg	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl tab 5 mg	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl tab er 10 mg	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl tab er 20 mg	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

ALCOH-WIPE	NIVEL 2	
ALCOHOL 70% PADS	NIVEL 2	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	NIVEL 2	
ESSENTRA WIPES 9X9"	NIVEL 2	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 1 ML	NIVEL 3	
methylergonovine maleate tab 0.2 mg	NIVEL 4	
RUZURGI	NIVEL 5	PA, LA, QL (10 PER 1 DAYS)
water for irrigation, sterile	NIVEL 2	

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES

ADEMPAS	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ambrisentan	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
bosentan tab 125 mg	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
bosentan tab 62.5 mg	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
OPSUMIT	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
sildenafil citrate for suspension 10 mg/ml	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
sildenafil citrate tab 20 mg	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
tadalafil (pulmonary hypertension)	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRACLEER 32 MG TAB SOL	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA, QL (270 PER 30 OVER TIME)
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA, QL (90 PER 30 OVER TIME)
ANTIHISTAMÍNICOS		
azelastine hcl nasal spray 0.1% (137 mcg/spray)	NIVEL 2	QL (30 PER 25 OVER TIME)
azelastine hcl nasal spray 0.15% (205.5 mcg/spray)	NIVEL 3	QL (30 PER 25 OVER TIME)
cetirizine hcl	NIVEL 2	
cyproheptadine hcl tab 4 mg	NIVEL 3	PA
hydroxyzine hcl (tab 10 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)	NIVEL 2	PA
hydroxyzine pamoate (cap 25 mg, cap 50 mg, 100 mg cap)	NIVEL 4	PA
levocetirizine dihydrochloride tab 5 mg	NIVEL 2	
promethazine hcl (inj 25 mg/ml, inj 50 mg/ml, syrup 6.25 mg/5ml)	NIVEL 2	PA
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR		
ARNUITY ELLIPTA	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
budesonide (inhalation)	NIVEL 4	PA - Part B vs D Determination
FLOVENT DISKUS (50 MCG/BLIST AER POW BA, 100 MCG/BLIST AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
FLOVENT DISKUS 250 MCG/BLIST AER POW BA	NIVEL 3	QL (240 PER 30 DAYS)
FLOVENT HFA 110 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (24 PER 30 OVER TIME)
FLOVENT HFA 220 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (24 PER 30 DAYS)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (22 PER 30 OVER TIME)
FLUNISOLIDE	NIVEL 2	ST, QL (50 PER 30 OVER TIME)
fluticasone propionate (nasal)	NIVEL 2	QL (16 PER 30 OVER TIME)
PULMICORT FLEXHALER 180 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (2 PER 30 DAYS)
PULMICORT FLEXHALER 90 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
ANTILEUCOTRIENOS		
montelukast sodium	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
zafirlukast	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BRONCODILATADORES, ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA	NIVEL 4	QL (25.8 PER 30 OVER TIME)
INCRUSE ELLIPTA	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
ipratropium bromide nasal soln 0.03% (21 mcg/spray)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)
ipratropium bromide nasal soln 0.06% (42 mcg/spray)	NIVEL 2	QL (45 PER 30 OVER TIME)
SPIRIVA HANDIHALER	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT	NIVEL 3	QL (4 PER 30 DAYS)
BRONCODILATADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	NIVEL 2	QL (17 PER 30 OVER TIME)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	NIVEL 2	QL (17 PER 30 OVER TIME)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	NIVEL 2	QL (13.4 PER 30 OVER TIME)
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN)	NIVEL 2	QL (36 PER 30 OVER TIME)
albuterol sulfate (soln nebu 0.083% (2.5 mg/3ml), soln nebu 0.5% (5 mg/ml), soln nebu 0.63 mg/3ml (base equiv), soln nebu 1.25 mg/3ml (base equiv))	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
albuterol sulfate (tab 2 mg, tab 4 mg)	NIVEL 4	
epinephrine (anaphylaxis) (solution 0.15 mg/0.3ml (1:2000), solution 0.3 mg/0.3ml (1:1000))	NIVEL 2	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	NIVEL 2	QL (24 PER 365 OVER TIME)
levalbuterol hcl (soln nebu 0.31 mg/3ml equiv), soln nebu 0.63 mg/3ml equiv), soln nebu 1.25 mg/3ml equiv), soln nebu conc 1.25 mg/0.5ml equiv))	NIVEL 4	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE	NIVEL 3	QL (30 PER 30 OVER TIME)
SEREVENT DISKUS	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
terbutaline sulfate (tab 2.5 mg, tab 5 mg)	NIVEL 2	
terbutaline sulfate inj 1 mg/ml	NIVEL 4	
ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS		
cromolyn sodium	NIVEL 3	PA - Part B vs D Determination

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA		
ESBRIET (267 MG CAP, 267 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (9 PER 1 DAYS)
ESBRIET 801 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
OFEV	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
CAYSTON	NIVEL 5	PA, LA, QL (84 PER 28 OVER TIME)
KALYDECO	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, QL (150 PER 30 OVER TIME)
SYMDEKO	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
TOBI PODHALER	NIVEL 5	PA, LA, QL (224 PER 28 OVER TIME)
tobramycin nebu soln 300 mg/4ml	NIVEL 5	PA, QL (224 PER 28 OVER TIME)
tobramycin nebu soln 300 mg/5ml	NIVEL 5	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS		
DALIRESP 250 MCG TAB	NIVEL 4	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
DALIRESP 500 MCG TAB	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
THEOCHRON	NIVEL 2	
theophylline (tab er 12hr 100 mg, tab er 12hr 200 mg, tab er 12hr 300 mg, tab er 12hr 450 mg, tab er 24hr 400 mg, tab er 24hr 600 mg)	NIVEL 2	
THEOPHYLLINE ER	NIVEL 2	
theophylline soln 80 mg/15ml	NIVEL 3	
TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
acetylcysteine	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
ANORO ELLIPTA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BEVESPI AEROSPHERE	NIVEL 3	QL (10.7 PER 28 DAYS)
BREO ELLIPTA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT	NIVEL 4	QL (4 PER 30 OVER TIME)
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)

Si necesita información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en este cuadro, vaya a la página 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
fluticasone-salmeterol (aer powder ba 100-50 mcg/dose, aer powder ba 250-50 mcg/dose, aer powder ba 500-50 mcg/dose)	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
ipratropium-albuterol	NIVEL 2	PA - Part B vs D Determination
NUCALA (100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 28 DAYS)
NUCALA 100 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
ribavirin	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination
SYMBICORT	NIVEL 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG/INH AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25 MCG/INH AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)

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

ALDURAZYME	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA
ARALAST NP	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA
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 (5 PER 1 DAYS)
BYLVAY 400 MCG CAP	NIVEL 5	PA, LA, QL (15 PER 1 DAYS)
CERDELGA	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
CEREZYME	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	NIVEL 3	
cromolyn sodium (mastocytosis)	NIVEL 4	
CYSTADANE	NIVEL 5	LA
CYSTAGON	NIVEL 4	PA, LA
CYSTARAN	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 28 OVER TIME)
ELAPRASE	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA
FABRAZYME	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA
GLASSIA	NIVEL 5	LA
LUMIZYME	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
miglustat	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAGLAZYME	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA
nitisinone	NIVEL 5	PA
NITYR	NIVEL 5	PA, LA
PROCYSBI	NIVEL 5	PA, LA
PROLASTIN-C	NIVEL 5	PA - Part B vs D Determination, LA
RAVICTI	NIVEL 5	PA, LA, QL (525 PER 30 OVER TIME)
sapropterin dihydrochloride	NIVEL 5	PA
sodium phenylbutyrate (oral powder 3 gm/teaspoonful, tab 500 mg)	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)
SUCRAID	NIVEL 5	PA, LA
VYNDAQEL	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
ZENPEP	NIVEL 4	

TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS

DORMIR, MEDICAMENTOS PARA

estazolam	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
eszopiclone	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
HETLIOZ	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
ramelteon	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
temazepam cap 15 mg	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
temazepam cap 30 mg	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
triazolam tab 0.125 mg	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
triazolam tab 0.25 mg	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
zaleplon cap 10 mg	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
zaleplon cap 5 mg	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
zolpidem tartrate tab 10 mg	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
zolpidem tartrate tab 5 mg	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
zolpidem tartrate tab er 12.5 mg	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
zolpidem tartrate tab er 6.25 mg	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 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
EUGEROICOS		
armodafinil	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
modafinil tab 100 mg	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)
modafinil tab 200 mg	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XYREM	NIVEL 5	PA, LA, QL (540 PER 30 OVER TIME)
ÓTICOS		
CIPRO HC	NIVEL 4	
CIPROFLOXACIN HCL 0.2 % SOLUTION	NIVEL 3	
ciprofloxacin-dexamethasone	NIVEL 4	
COLY-MYCIN S	NIVEL 3	
CORTISPORIN-TC	NIVEL 3	
DERMOTIC	NIVEL 3	
hydrocortisone w/acetic acid	NIVEL 3	
neomycin-polymyxin-hc (otic)	NIVEL 2	
ofloxacin (otic)	NIVEL 2	

Índice de medicamentos

A

abacavir sulfate....41
abacavir sulfate-lamivudine....41
abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine....41
ABELCET....20
ABILIFY MAINTENA....35
abiraterone acetate....23
acamprosate calcium....7
acarbose....72
acebutolol hcl....44
acetaminophen w/ codeine....2
acetazolamide....45,71
acetic acid (otic)....7
acetylcysteine....80
acitretin....49
ACTHAR....63
ACTHIB....68
ACTIMMUNE....66
acyclovir....38
acyclovir sodium....38
acyclovir topical....50
ADACEL....68
adapalene....49
adefovir dipivoxil....38
ADEMPAS....77
AEMCOLO....7
AFINITOR....27
AFINITOR DISPERZ....27
AIMOVIG....22
AIMOVIG (140 MG DOSE)....22
albendazole....32
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)....79
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)....79
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)....79
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN)....79
albuterol sulfate....79
alclometasone dipropionate....50,63
ALCOH-WIPE....77
ALCOHOL 70% PADS....77
ALDURAZYME....81
ALECENSA....27
alendronate sodium....55
alfuzosin hcl....58
ALINIA....32
aliskiren fumarate....45
allopurinol....21
alosetron hcl....56
ALPHAGAN P....71
alprazolam....5
ALREX....70
ALUNBRIG....27
amantadine hcl....34
AMBISOME....20
ambrisentan....77
amikacin sulfate....7
amiloride & hydrochlorothiazide....45
amiloride hcl....48
amino acid electrolyte infusion....53
amino acid infusion....53
AMINOSYN....53
AMINOSYN II....53
AMINOSYN-HBC....53
AMINOSYN-PF....53
AMINOSYN-RF....53
AMINOSYN/ELECTROLYTES....53
amiodarone hcl....43
AMITIZA....56
amitriptyline hcl....18
amlodipine besylate....44
amlodipine besylate-atorvastatin calcium....45
amlodipine besylate-benazepril hcl....45
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil....45
amlodipine besylate-valsartan....45
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide....45
AMOXAPINE....18
amoxicillin....10
amoxicillin & pot clavulanate....10

AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE.....10
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER.....10
amphetamine-dextroamphetamine.....76
AMPHOTERICIN B.....20
AMPICILLIN.....10
ampicillin & sulbactam sodium.....10
AMPICILLIN SODIUM.....10
AMPICILLIN-SULBACTAM SODIUM.....10
ANADROL-50.....61
anagrelide hcl.....59
anastrozole.....27
ANORO ELLIPTA.....80
ANUSOL-HC.....50
APOKYN.....33
apraclonidine hcl.....72
aprepitant.....19
APTIOM.....15
APTIVUS.....39
ARALAST NP.....81
ARANESP (ALBUMIN FREE).....59
ARCALYST.....67
aripiprazole.....35
ARISTADA.....35
ARISTADA INITIO.....35
armodafinil.....83
ARNUITY ELLIPTA.....78
asenapine maleate.....35
aspirin-dipyridamole.....60
atazanavir sulfate.....39
atenolol.....44
atenolol & chlorthalidone.....45
atomoxetine hcl.....76
atorvastatin calcium.....47
atovaquone.....32
atovaquone-proguanil hcl.....32
ATROPINE SULFATE.....56,72
ATROVENT HFA.....79
AUBAGIO.....75
AURYXIA.....52
AVANDIA.....72
AYVAKIT.....24
azathioprine.....67
AZATHIOPRINE SODIUM.....67
azelastine hcl.....78
azelastine hcl (ophth).....70
azithromycin.....11
AZITHROMYCIN.....11
AZOPT.....72
aztreonam.....7

B

BACITRACIN.....70
bacitracin-poly-neomycin-hc.....72
bacitracin-polymyxin b (ophth).....72
baclofen.....20
BACTROBAN NASAL.....50
balsalazide disodium.....54
BALVERSA.....27
BAQSIMI ONE PACK.....74
BAQSIMI TWO PACK.....74
BARACLUDE.....38
BCG VACCINE.....68
benazepril & hydrochlorothiazide.....45
benazepril hcl.....48
BENAZEPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE.....45
BENLYSTA.....67
BENZNIDAZOLE.....32
benzoyl peroxide-erythromycin.....49
benztropine mesylate.....34
bepotastine besilate.....70
BERINERT.....66
BESIVANCE.....11
betamethasone dipropionate (topical)..50,63
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUG.....50
betamethasone dipropionate augmented.....50,63
betamethasone valerate.....50
BETASERON.....75
betaxolol hcl.....44
betaxolol hcl (ophth).....71
bethanechol chloride.....58
BEVESPI AEROSPHERE.....80

bexarotene 32
BEXSERO 68
bicalutamide 23
BICILLIN C-R 10
BICILLIN C-R 900/300 10
BICILLIN L-A 10
BIDIL 45
BIKTARVY 39
bimatoprost 71
bimatoprost (topical) 51
BIOGUARD GAUZE SPONGES 77
bisoprolol & hydrochlorothiazide 45
bisoprolol fumarate 44
BIVIGAM 66
BOOSTRIX 68
bosentan 77
BOSULIF 27
BRAFTOVI 27
BREO ELLIPTA 80
BRILINTA 60
brimonidine tartrate 72
brinzolamide 72
BRIVIACT 13
bromocriptine mesylate 33
BRUKINSA 24
budesonide 55
budesonide (inhalation) 78
bumetanide 48
buprenorphine 3
buprenorphine hcl 6
buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate . . 6
bupropion hcl 16,17
bupropion hcl (smoking deterrent) 6
buspirone hcl 5
butalbital-acetaminophen 75
butalbital-acetaminophen-caffeine 76
butalbital-acetaminophen-caffeine w/ codeine 2
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE 4
butalbital-aspirin-caffeine 4
butalbital-aspirin-caffeine w/cod 2
butorphanol tartrate 2
BYETTA 10 MCG PEN 73
BYETTA 5 MCG PEN 73
BYLVAY 81
BYLVAY (PELLETS) 81

C

CABENUVA 42
cabergoline 65
CABLIVI 60
CABOMETYX 27
calcipotriene 51
calcitonin (salmon) 55
CALCITRIOL 51,55
calcitriol 55
calcium acetate (phosphate binder) 52
CALQUENCE 27
candesartan cilexetil 43
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide . . 45
CAPASTAT SULFATE 22
CAPEX 50
CAPLYTA 35
CAPRELSA 27
captopril 48
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE 45
CARBAGLU 53
carbamazepine 15
carbidopa 34
CARBIDOPA-LEVODOPA 34
carbidopa-levodopa 34
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE 34
CARIMUNE NF 66
carisoprodol 69
CARTEOLOL HCL 71
carteolol hcl (ophth) 71
carvedilol 44
carvedilol phosphate 44
caspofungin acetate 20
CAYSTON 80
cefaclor 9
cefadroxil 9

CEFAZOLIN SODIUM 9
cefdinir 9
cefepime hcl 9
cefixime 9
CEFOTAXIME SODIUM 9
cefotetan disodium 9
cefoxitin sodium 9
cefpodoxime proxetil 9
cefprozil 9
ceftazidime 9
ceftriaxone sodium 9
cefuroxime axetil 10
cefuroxime sodium 10
celecoxib 4
CELONTIN 15
cephalexin 10
CERDELGA 81
CEREZYME 81
cetirizine hcl 78
cevimeline hcl 42
CHANTIX STARTING MONTH PAK 6
CHEMET 52
CHLORAMPHENICOL SOD SUCCINATE 7
chlordiazepoxide hcl 5
chlorhexidine gluconate (mouth-throat) 42
CHLOROQUINE PHOSPHATE 32
chloroquine phosphate 32
CHLOROTHIAZIDE 48
chlorpromazine hcl 34
chlorthalidone 48
CHOLBAM 81
cholestyramine 47
cholestyramine light 47
choline fenofibrate 46
ciclopirox 50
ciclopirox olamine 20
cilostazol 60
CILOXAN 11
CIMDUO 41
cimetidine 56
CIMETIDINE HCL 56
cinacalcet hcl 55
CINRYZE 66
CIPRO HC 83
CIPROFLOXACIN 12
ciprofloxacin hcl 12
CIPROFLOXACIN HCL 83
ciprofloxacin hcl (ophth) 12
ciprofloxacin in d5w 12
CIPROFLOXACIN-CIPROFLOX HCL ER 12
ciprofloxacin-dexamethasone 83
citalopram hydrobromide 17
clarithromycin 11
CLEOCIN 7
clindamycin hcl 7
clindamycin palmitate hydrochloride 8
clindamycin phosphate 8
clindamycin phosphate (topical) 8,50
clindamycin phosphate in d5w 8
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL 8
clindamycin phosphate vaginal 8
clindamycin phosphate-benzoyl peroxide . . 49
clindamycin phosphate-benzoyl peroxide (refrigerate) 49
clobazam 14
clobetasol propionate 50
clobetasol propionate emollient base 50
clomipramine hcl 18
clonazepam 5,6
clonidine 42
clonidine hcl 43
clopidogrel bisulfate 60
clorazepate dipotassium 6
clotrimazole 20
clotrimazole (topical) 20
clotrimazole w/ betamethasone 51
CLOZAPINE 35
clozapine 35
COARTEM 33
CODEINE SULFATE 2
codeine sulfate 2
COLCHICINE 21

colchicine w/ probenecid . . . 21
COLCRYS . . . 21
colesevelam hcl . . . 47
colestipol hcl . . . 47
colistimethate sodium . . . 8
COLY-MYCIN S . . . 83
COMBIGAN . . . 72
COMBIVENT RESPIMAT . . . 80
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) . . . 27
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) . . . 28
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) . . . 28
COMPLERA . . . 40
CONDYLOX . . . 51
COPAXONE . . . 75
COPIKTRA . . . 28
CORLANOR . . . 45
CORTIFOAM . . . 55
CORTISONE ACETATE . . . 63
CORTISPORIN-TC . . . 83
COTELLIC . . . 28
CREON . . . 81
CRESEMBA . . . 20
CRIXIVAN . . . 39
cromolyn sodium . . . 79
cromolyn sodium (mastocytosis) . . . 81
cromolyn sodium (ophth) . . . 70
CRYSVITA . . . 53
cyclobenzaprine hcl . . . 70
CYCLOPHOSPHAMIDE . . . 23
cyclosporine . . . 67
cyclosporine modified (for microemulsion) . . . 67
cyproheptadine hcl . . . 78
CYSTADANE . . . 81
CYSTAGON . . . 81
CYSTARAN . . . 81

D

dalfampridine . . . 75
DALIRESP . . . 80
danazol . . . 61
dantrolene sodium . . . 20
dapsone . . . 22
DAPTACEL . . . 68
daptomycin . . . 8
DAURISMO . . . 28
deferasirox . . . 52
deferiprone . . . 52
DELSTRIGO . . . 40
DENAVIR . . . 50
DEPO-ESTRADIOL . . . 61
DEPO-PROVERA . . . 63
DERMOTIC . . . 83
DESCOVY . . . 41
desipramine hcl . . . 18
desmopressin acetate . . . 60
desmopressin acetate spray . . . 60
desmopressin acetate spray refrigerated . . . 60
desogestrel & ethinyl estradiol . . . 61
desogestrel-ethinyl estradiol (biphasic) . . . 61
desogestrel-ethinyl estradiol (triphasic) . . . 61
desonide . . . 50
desoximetasone . . . 50
DESVENLAFAXINE ER . . . 17
desvenlafaxine succinate . . . 17
DEXAMETHASONE . . . 63
dexamethasone sodium phosphate . . . 63
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE . . . 70
DEXILANT . . . 57
dexmethylphenidate hcl . . . 76
dextroamphetamine sulfate . . . 76
dextrose . . . 54
dextrose in lactated ringers . . . 54
dextrose w/ sodium chloride . . . 54
DEXTROSE-NACL . . . 54
DIACOMIT . . . 13
diazepam . . . 6
DIAZEPAM . . . 14
diazoxide . . . 74
diclofenac potassium . . . 4
diclofenac sodium . . . 4
diclofenac sodium (actinic keratoses) . . . 51
diclofenac sodium (ophth) . . . 70

diclofenac sodium (topical) 4
dicloxacillin sodium 10
dicyclomine hcl 56
DIDANOSINE 41
diflunisal 4
difluprednate 70
digoxin 45
dihydroergotamine mesylate 22
DILANTIN 15
diltiazem hcl 44
diltiazem hcl coated beads 45
diltiazem hcl extended release beads 45
dimethyl fumarate 75
DIPENTUM 54
diphenoxylate w/ atropine 56
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 56
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT 68
dipyridamole 60
disopyramide phosphate 43
disulfiram 7
DIURIL 48
divalproex sodium 13
dofetilide 43
donepezil hydrochloride 16
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg 16
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg 16
dorzolamide hcl 72
DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MAL 72
dorzolamide hcl-timolol maleate 72
DOVATO 39
doxazosin mesylate 43
doxepin hcl 19
doxercalciferol 55
doxycycline (monohydrate) 12
doxycycline hyclate 12
DRIZALMA SPRINKLE 75
dronabinol 19
drospirenone-ethinyl estradiol 61
DROXIA 24
droxidopa 43
duloxetine hcl 75
DUOBRII 51
dutasteride 58
dutasteride-tamsulosin hcl 58

E

E.E.S. 400 11
econazole nitrate 20
EDURANT 40
efavirenz 40
efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate 40
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate 40
EGRIFTA 60
EGRIFTA SV 60
ELAPRASE 81
ELIQUIS 58
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 58
EMCYT 24
EMSAM 17
emtricitabine 41
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate . 41
EMTRIVA 41
enalapril maleate 48
enalapril maleate & hydrochlorothiazide . . . 45
ENBREL 67
ENBREL SURECLICK 67
ENGERIX-B 68
enoxaparin sodium 58
entacapone 34
entecavir 38
ENTRESTO 45
ENVARSUS XR 67
EPCLUSA 38
EPIDIOLEX 13
epinephrine (anaphylaxis) 79
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK) 79
EPIVIR HBV 38

eplerenone 48
EPROSARTAN MESYLATE 43
ERGOLOID MESYLATES 16
ERIVEDGE 28
ERLEADA 23
erlotinib hcl 28
ertapenem sodium 11
ERY 50
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 11
erythromycin (acne aid) 50
erythromycin (ophth) 70
erythromycin base 11
erythromycin ethylsuccinate 11
ESBRIET 80
escitalopram oxalate 17
esomeprazole magnesium 57
ESSENTRA WIPES 9X9" 77
estazolam 82
estradiol 61
estradiol vaginal 61
estradiol valerate 62
ESTRING 62
eszopiclone 82
ethambutol hcl 22
ethosuximide 15
ethynodiol diacet & eth estrad 62
ETIDRONATE DISODIUM 55
etodolac 4
etonogestrel-ethinyl estradiol 62
etravirine 40
everolimus 28
everolimus (immunosuppressant) 67
EVOTAZ 39
exemestane 27
EXKIVITY 24
ezetimibe 47
ezetimibe-simvastatin 47

F

FABRAZYME 81
famciclovir 38
famotidine 56
FANAPT 36
FANAPT TITRATION PACK 36
FARYDAK 28
febuxostat 21
felbamate 13
felodipine 44
FEMRING 62
fenofibrate 46
fenofibrate micronized 46
FENOFIBRIC ACID 47
fentanyl 3
FENTANYL CITRATE 2
FERRIPROX 52
FERRIPROX TWICE-A-DAY 52
FETZIMA 17
FETZIMA TITRATION 17
finasteride 58
FINTEPLA 13
FIRDAPSE 76
FIRMAGON 65
FIRMAGON (240 MG DOSE) 65
flavoxate hcl 57
FLEBOGAMMA DIF 66
flecainide acetate 43
FLOVENT DISKUS 78
FLOVENT HFA 78
fluconazole 20
fluconazole in dextrose 20
fluconazole in nacl 20
flucytosine 20
fludrocortisone acetate 63
FLUNISOLIDE 78
fluocinolone acetonide 50
fluocinonide 51
fluocinonide emulsified base 51
fluorometholone (ophth) 71
FLUOROURACIL 51
fluorouracil (topical) 51
fluoxetine hcl 17
FLUOXETINE HCL 18

FLUOXETINE HCL (PMDD) 18
fluphenazine decanoate 34
fluphenazine hcl 35
FLURBIPROFEN 4
flurbiprofen sodium 71
FLUTAMIDE 23
fluticasone propionate 51
fluticasone propionate (nasal) 78
FLUTICASONE-SALMETEROL 80
fluticasone-salmeterol 81
fluvastatin sodium 47
fluvoxamine maleate 18
FML 71
FML FORTE 71
fondaparinux sodium 58
fosamprenavir calcium 39
fosfomycin tromethamine 8
fosinopril sodium 48
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide 46
FOTIVDA 25
fulvestrant 24
furosemide 48
FUZEON 42
FYCOMPA 13

G

gabapentin 14
GALANTAMINE HYDROBROMIDE 16
galantamine hydrobromide 16
GAMMAGARD 66
GAMMAGARD S/D LESS IGA 66
GAMMAKED 66
GAMMAPLEX 66
GAMUNEX-C 66
GARDASIL 9 68
GATTEX 57
GAVILYTE-C 57
GAVRETO 26
gemfibrozil 47
GENTAK 70
gentamicin sulfate 7
gentamicin sulfate (ophth) 70
gentamicin sulfate (topical) 7
GENVOYA 39
GILENYA 75
GILOTRIF 28
GLASSIA 81
GLEOSTINE 23
glimepiride 73
glipizide 73
glipizide-metformin hcl 73
GLUCAGEN HYPOKIT 74
glucagon (rdna) 74
GLUCAGON EMERGENCY 74
glyburide 73
glyburide micronized 73
glyburide-metformin 73
glycopyrrolate 56
GLYXAMBI 73
granisetron hcl 19
griseofulvin microsize 20
griseofulvin ultramicrosize 20
guanfacine hcl 43
guanfacine hcl (adhd) 76
GUANIDINE HCL 22

H

HAEGARDA 66
halobetasol propionate 51
haloperidol 35
haloperidol decanoate 35
haloperidol lactate 35
HARVONI 38
HAVRIX 69
HEMADY 64
heparin sodium (porcine) 59
HEPATAMINE 53
HETLIOZ 82
HEXALEN 23
HIBERIX 69
HIZENTRA 66
HUMALOG 74

HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 74
HUMALOG KWIKPEN 74
HUMALOG MIX 50/50 74
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 74
HUMALOG MIX 75/25 74
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 74
HUMIRA 67
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START 67
HUMIRA PEN 67
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER 67
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START 67
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START 67
HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT STARTER 67
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 74
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 74
hydralazine hcl 49
hydrochlorothiazide 48
hydrocodone-acetaminophen 2
hydrocortisone 55
hydrocortisone (intrarectal) 55
hydrocortisone (rectal) 51
hydrocortisone (topical) 51
HYDROCORTISONE BUTYRATE 51
hydrocortisone butyrate 64
hydrocortisone valerate 51,64
hydrocortisone w/acetic acid 83
hydromorphone hcl 2
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 33
hydroxychloroquine sulfate 33
HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE 63
hydroxyurea 24
hydroxyzine hcl 78
hydroxyzine pamoate 78

I

ibandronate sodium 55
IBRANCE 28
ibuprofen 4
icatibant acetate 66
ICLUSIG 28
icosapent ethyl 47
IDHIFA 25
ILARIS 67
ILEVRO 71
imatinib mesylate 28
IMBRUVICA 28
imipenem-cilastatin 11
imipramine hcl 19
imipramine pamoate 19
imiquimod 51
IMOVAX RABIES 69
INCRELEX 60
INCRUSE ELLIPTA 79
indapamide 48
indomethacin 4
INFANRIX 69
INLYTA 29
INQOVI 24
INREBIC 25
INSULIN PEN NEEDLES 77
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 77
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 77
INSULIN SYRINGE 1 ML 77
INTELENCE 40
INTRALIPID 53
INTRON A 66
INVEGA HAFYERA 36
INVEGA SUSTENNA 36
INVEGA TRINZA 36
INVIRASE 39
INVOKAMET 73
INVOKAMET XR 73
INVOKANA 73
IPOL 69
ipratropium bromide 79
ipratropium bromide (nasal) 79
ipratropium-albuterol 81
IPRIVASK 59
irbesartan 43
irbesartan-hydrochlorothiazide 46
IRESSA 29
ISENTRESS 39

ISENTRESS HD 39
ISONIAZID 23
isosorbide dinitrate 49
ISOSORBIDE DINITRATE ER 49
isosorbide mononitrate 49
isotretinoin 49
isradipine 44
itraconazole 21
ivermectin 32
IXIARO 69

J

JAKAFI 29
JANUMET 73
JANUMET XR 73
JANUVIA 73
JARDIANCE 73
JENTADUETO 73
JENTADUETO XR 73
JULUCA 39
JUXTAPID 47

K

KALYDECO 80
KCL IN DEXTROSE-NACL 53
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 54
KEPIVANCE 42
ketoconazole 21
ketoconazole (topical) 21
ketoprofen 4
ketorolac tromethamine (ophth) 71
KINRIX 69
KISQALI (200 MG DOSE) 29
KISQALI (400 MG DOSE) 29
KISQALI (600 MG DOSE) 29
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 25
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 25
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) 25
KORLYM 64
KOSELUGO 25
KRINTAFEL 33
KRYSTEXXA 21

L

labetalol hcl 44
lactated ringer's 54
lactated ringer's (irrigation) 54
LACTATED RINGERS 54
lactic acid (ammonium lactate) 51
lactulose 56
lactulose (encephalopathy) 56
lamivudine 41
lamivudine (hbv) 38
lamivudine-zidovudine 41
lamotrigine 13
lansoprazole 57
lanthanum carbonate 52
LANTUS 74
LANTUS SOLOSTAR 74
lapatinib ditosylate 29
LASTACAFT 70
latanoprost 71
LATUDA 36
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 38
leflunomide 68
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 29
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 29
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 29
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 29
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 29
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 29
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 29
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 29
letrozole 27
leucovorin calcium 25
LEUKERAN 23
LEUKINE 59
leuprolide acetate 65
levalbuterol hcl 79
LEVALBUTEROL TARTRATE 79
LEVEMIR 74
LEVEMIR FLEXTOUCH 75

levetiracetam 13
levobunolol hcl 71
levocarnitine (metabolic modifiers) 54
levocetirizine dihydrochloride 78
levofloxacin 12
levofloxacin (ophth) 70
levofloxacin in d5w 12
levoleucovorin calcium 25
levonorgestrel & eth estradiol 62
levonorgestrel-eth estradiol (triphasic) 62
levonorgestrel-ethinyl estradiol (91-day) 62
levothyroxine sodium 64
LEXIVA 39
lidocaine 5
lidocaine hcl 5
lidocaine hcl (mouth-throat) 5
lidocaine-prilocaine 5
lincomycin hcl 8
LINDANE 52
linezolid 8
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 8
LINZESS 56
liothyronine sodium 64
lisinopril 48
lisinopril & hydrochlorothiazide 46
LITHIUM 42
lithium carbonate 42
LONSURF 25
loperamide hcl 56
lopinavir-ritonavir 39
lorazepam 6
LORBRENA 29
losartan potassium 43
losartan potassium & hydrochlorothiazide . . . 46
loteprednol etabonate 71
lovastatin 47
loxapine succinate 35
LUMAKRAS 25
LUMIGAN 71
LUMIZYME 81
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 65
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 65
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 65
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 65
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 65
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 65
LYBALVI 17
LYNPARZA 29
LYSODREN 25

M

M-M-R II 69
malathion 52
MAPROTILINE HCL 17
MARPLAN 17
MATULANE 23
MAVYRET 38
MAXIDEX 71
meclizine hcl 19
MECLOFENAMATE SODIUM 4
medroxyprogesterone acetate 63
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) 63
mefloquine hcl 33
megestrol acetate 63
megestrol acetate (appetite) 63
MEKINIST 29
MEKTOVI 30
meloxicam 4
memantine hcl 16
MENACTRA 69
MENEST 62
MENQUADFI 69
MENVEO 69
meprobamate 5
mercaptopurine 24
meropenem 11
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE 11
mesalamine 54,55
mesna 26
MESNEX 26
metformin hcl 73

methadone hcl 3
METHADONE HCL 3
methazolamide 72
methenamine hippurate 8
methimazole 65
methocarbamol 70
METHOTREXATE SODIUM 68
methotrexate sodium 68
METHOXSALEN RAPID 51
methscopolamine bromide 56
methyldopa 43
METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE 46
methylergonovine maleate 77
methylphenidate hcl 77
methylprednisolone 64
methylprednisolone acetate 64
methylprednisolone sod succ 64
METIPRANOLOL 71
metoclopramide hcl 19
metolazone 48
metoprolol & hydrochlorothiazide 46
metoprolol succinate 44
metoprolol tartrate 44
METOPROLOL-HYDROCHLOROTHIAZIDE 46
metronidazole 8
METRONIDAZOLE 8
metronidazole (topical) 8
metronidazole in nacl 8
metronidazole vaginal 8
metyrosine 46
mexiletine hcl 43
micafungin sodium 21
MICONAZOLE 3 21
midodrine hcl 43
MIGERGOT 22
miglitol 73
miglustat 82
minocycline hcl 12
minoxidil 49
mirtazapine 17
misoprostol 57
modafinil 83
moexipril hcl 48
moexipril-hydrochlorothiazide 46
MOLINDONE HCL 35
mometasone furoate 51,64
montelukast sodium 78
morphine sulfate 2,3,4
MOVANTIK 56
moxifloxacin hcl 12
moxifloxacin hcl (ophth) 70
MOZOBIL 59
MULTAQ 43
mupirocin 50
MYALEPT 57
mycophenolate mofetil 68
mycophenolate mofetil hcl 68
mycophenolate sodium 68
MYRBETRIQ 57

N

nabumetone 4
nadolol 44
NAFCILLIN SODIUM 10
nafcillin sodium 11
NAGLAZYME 82
naloxone hcl 7
NALOXONE HCL 7
naltrexone hcl 7
NAMZARIC 16
naproxen 5
naratriptan hcl 21
NARCAN 7
NATACYN 70
nateglinide 73
NATPARA 55
NAYZILAM 5
nebivolol hcl 44
NEFAZODONE HCL 18
neomycin sulfate 7
neomycin-bacitracin zn-polymyxin 72
neomycin-polymy-dexameth 72

NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 72
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 72
neomycin-polymyxin-hc (otic) 83
NEONATAL PLUS 54
NERLYNX 30
NEULASTA 59
NEULASTA ONPRO 59
NEUPRO 33
NEVIRAPINE 40
nevirapine 40
NEVIRAPINE ER 40
NEXAVAR 30
niacin (antihyperlipidemic) 47
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 47
NIACOR 47
nicardipine hcl 44
NICOTROL 6
NICOTROL NS 6
nifedipine 44
nilutamide 23
nimodipine 44
NINLARO 25
nitazoxanide 33
nitisinone 82
NITRO-BID 49
nitrofurantoin macrocrystal 8
nitrofurantoin monohyd macro 8
nitroglycerin 49
NITROSTAT 49
NITYR 82
NIZATIDINE 56
NORDITROPIN FLEXPRO 60
norelgestromin-ethinyl estradiol 62
norethin acet & estrad-fe 62
norethindrone & eth estradiol 62
norethindrone & ethinyl estradiol-fe 62
norethindrone (contraceptive) 63
norethindrone acet & eth estra 62
norethindrone acetate 63
norethindrone acetate-ethinyl estradiol 62
norethindrone-eth estradiol (triphasic) 62
norgestimate-ethinyl estradiol 62
norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic) 62
norgestrel & ethinyl estradiol 62
NORMOSOL-M IN D5W 53
nortriptyline hcl 19
nortriptyline oral solution (unit dose) 19
NORVIR 40
NUBEQA 24
NUCALA 81
NUPLAZID 36
NUTRILIPID 53
NYMALIZE 44
nystatin 21
nystatin (mouth-throat) 21
nystatin (topical) 21
nystatin-triamcinolone 52

O

octreotide acetate 65
OCTREOTIDE ACETATE 65
ODEFSEY 40
ODOMZO 30
OFEV 80
OFLOXACIN 12
ofloxacin (ophth) 70
ofloxacin (otic) 83
olanzapine 36
olanzapine-fluoxetine hcl 17
olmesartan medoxomil 43
olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide 46
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide 46
olopatadine hcl 70
omega-3-acid ethyl esters 47
omeprazole 57
ondansetron 19
ondansetron hcl 20
ONUREG 25
OPSUMIT 77
ORBACTIV 8
ORGOVYX 65

oseltamivir phosphate 37,38
OSPHENA 63
oxandrolone 61
oxaprozin 5
OXBRYTA 60
oxcarbazepine 15
oxybutynin chloride 57
oxycodone hcl 3
OXYCODONE HCL ER 4
oxycodone w/ acetaminophen 3
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 3
oxycodone-aspirin 3
OXYCONTIN 4
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 73
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 73

P

paliperidone 36
PANRETIN 32
pantoprazole sodium 57
paricalcitol 55
paromomycin sulfate 7
paroxetine hcl 18
PASER 23
PAXIL 18
PAZEO 70
PEDIARIX 69
PEDVAX HIB 69
peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate 57
peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride 56
PEGANONE 15
PEGASYS 66
PEGASYS PROCLICK 66
PEGINTRON 38
PEMAZYRE 30
penicillamine 58
penicillin g potassium 11
PENICILLIN G SODIUM 11
penicillin v potassium 11
PENTACEL 69
pentamidine isethionate 33
pentoxifylline 46
perindopril erbumine 48
permethrin 52
perphenazine 19
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 17
PERSERIS 36
PFIZERPEN 11
phenelzine sulfate 17
phenobarbital 14
PHENYTEK 15
phenytoin 15
phenytoin sodium extended 15
PHOSPHOLINE IODIDE 72
PIFELTRO 41
pilocarpine hcl 72
pilocarpine hcl (oral) 42
PIMOZIDE 35
pindolol 44
pioglitazone hcl 73
pioglitazone hcl-glimepiride 73
pioglitazone hcl-metformin hcl 73
piperacillin sodium-tazobactam sodium 11
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 30
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 30
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 30
piroxicam 5
podofilox 52
polymyxin b sulfate 8
polymyxin b-trimethoprim 70
POMALYST 24
posaconazole 21
potassium chloride 53
POTASSIUM CHLORIDE 53
POTASSIUM CHLORIDE ER 53
potassium chloride in dextrose 54
potassium chloride in dextrose & sodium chloride 53
potassium chloride in nacl 53

potassium chloride microencapsulated crystals er 53
potassium citrate (alkalinizer) 53,54
PRADAXA 59
pramipexole dihydrochloride 33
prasugrel hcl 60
pravastatin sodium 47
praziquantel 32
prazosin hcl 43
PREDNICARBATE 64
prednisolone 64
PREDNISOLONE ACETATE 71
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 64,71
prednisone 64
PREDNISONE INTENSOL 64
pregabalin 75
PREMARIN 62
PREMASOL 54
prenatal vitamins 54
PREZCOBIX 40
PREZISTA 40
PRIFTIN 23
primaquine phosphate 33
primidone 14
PRIVIGEN 66
probenecid 21
prochlorperazine 19
prochlorperazine edisylate 19
prochlorperazine maleate 19
PROCYSBI 82
progesterone 63
PROGRAF 68
PROLASTIN-C 82
PROLENSA 71
PROLIA 55
PROMACTA 59
promethazine hcl 19,78
propafenone hcl 43
propranolol hcl 44
PROPRANOLOL-HCTZ 46
propylthiouracil 65
PROQUAD 69
protriptyline hcl 19
PULMICORT FLEXHALER 78
PULMOZYME 80
PURIXAN 24
pyrazinamide 23
pyridostigmine bromide 22
pyrimethamine 33

Q

QINLOCK 25
QUADRACEL 69
quetiapine fumarate 36,37
quinapril hcl 48
quinapril-hydrochlorothiazide 46
quinidine gluconate 43
QUINIDINE SULFATE 43
quinine sulfate 33

R

RABAVERT 69
rabeprazole sodium 57
raloxifene hcl 63
ramelteon 82
ramipril 48
ranolazine 46
rasagiline mesylate 34
RAVICTI 82
RECOMBIVAX HB 69
RECTIV 49
REGRANEX 52
RELENZA DISKHALER 38
RELISTOR 56
repaglinide 73
REPATHA 47
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 47
REPATHA SURECLICK 47
RESCRIPTOR 41
RESTASIS 72
RESTASIS MULTIDOSE 72
RETACRIT 59,60

RETEVMO 25
REVLIMID 24
REXULTI 37
REYATAZ 40
REZUROCK 68
RIBASPHERE 38
ribavirin 81
ribavirin (hepatitis c) 38
RIDAURA 67
rifabutin 22
rifampin 23
RIFATER 23
riluzole 76
RIMANTADINE HCL 38
ringer's 54
ringer's irrigation 54
RISPERDAL CONSTA 37
risperidone 37
ritonavir 40
rivastigmine 16
rivastigmine tartrate 16
rizatriptan benzoate 21
ropinirole hydrochloride 33
rosuvastatin calcium 47
ROTARIX 69
ROTATEQ 69
ROZLYTREK 25
RUBRACA 30
RUCONEST 66
rufinamide 15
RUKOBIA 42
RUZURGI 77
RYBELSUS 74
RYDAPT 30

S

SANDIMMUNE 68
SANDOSTATIN LAR DEPOT 65
SANTYL 52
sapropterin dihydrochloride 82
scopolamine 19
SECUADO 37
selegiline hcl 34
selenium sulfide 51
SELZENTRY 42
SEREVENT DISKUS 79
SEROSTIM 60
sertraline hcl 18
sevelamer carbonate 52
SHINGRIX 69
SIGNIFOR 65
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) . . 77
silodosin 58
silver sulfadiazine 52
SIMBRINZA 72
simvastatin 47
sirolimus 68
SIRTURO 23
SMOFLIPID 54
sodium chloride 54
sodium fluoride 54
sodium phenylbutyrate 82
sodium polystyrene sulfonate 52
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 38
solifenacin succinate 57
SOLTAMOX 24
SOMATULINE DEPOT 65
SOMAVERT 65
sotalol hcl 43
sotalol hcl (afib/afl) 43
SPIRIVA HANDIHALER 79
SPIRIVA RESPIMAT 79
spironolactone 48
spironolactone & hydrochlorothiazide 46
SPRITAM 13
SPRYCEL 30
SPS 52
STAVUDINE 41
STELARA 67
STIVARGA 30
STRENSIQ 82
STREPTOMYCIN SULFATE 7

STRIBILD 39
SUCRAID 82
sucralfate 57
sulfacetamide sod-prednisolone 72
SULFACETAMIDE SODIUM 70
sulfacetamide sodium (acne) 12
sulfacetamide sodium (ophth) 70
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 72
SULFADIAZINE 12
sulfamethoxazole-trimethoprim 12
SULFAMYLON 50
sulfasalazine 55
sulindac 5
sumatriptan 21
SUMATRIPTAN SUCCINATE 22
sumatriptan succinate 22
sunitinib malate 30
SUPRAX 10
SUPREP BOWEL PREP KIT 57
SYLATRON 66
SYMBICORT 81
SYMDEKO 80
SYMLINPEN 120 74
SYMLINPEN 60 74
SYMPAZAN 14
SYMTUZA 40
SYNAREL 65
SYNERCID 8
SYNJARDY 74
SYNJARDY XR 74
SYNRIBO 26
SYNTHROID 64

T

TABLOID 24
TABRECTA 26
tacrolimus 68
tacrolimus (topical) 51
tadalafil (pulmonary hypertension) 77
TAFINLAR 30
TAGRISSO 30
TALTZ 67
TALZENNA 30,31
tamoxifen citrate 24
tamsulosin hcl 58
TARGRETIN 32
TASIGNA 31
TAVALISSE 60
tazarotene 49
TAZICEF 10
TAZORAC 49
TAZVERIK 26
TDVAX 69
TEFLARO 10
telmisartan 43
telmisartan-amlodipine 46
telmisartan-hydrochlorothiazide 46
temazepam 82
TEMIXYS 41
TENIVAC 69
tenofovir disoproxil fumarate 41
TEPMETKO 31
terazosin hcl 44
terbinafine hcl 21
terbutaline sulfate 79
terconazole vaginal 21
TESTOSTERONE 61
testosterone 61
TESTOSTERONE CYPIONATE 61
testosterone enanthate 61
tetrabenazine 76
tetracycline hcl 12
THALOMID 24
THEOCHRON 80
theophylline 80
THEOPHYLLINE ER 80
THIOLA EC 58
thioridazine hcl 35
thiothixene 35
tiagabine hcl 14
TIBSOVO 31
TICOVAC 69

tigecycline 8
timolol maleate 22
TIMOLOL MALEATE 71
timolol maleate (ophth) 71
tinidazole 8
tiopronin 58
TIVICAY 39
TIVICAY PD 39
tizanidine hcl 20
TOBI PODHALER 80
tobramycin 80
tobramycin (ophth) 70
tobramycin sulfate 7
tobramycin-dexamethasone 72
TOLAK 52
TOLAZAMIDE 74
TOLBUTAMIDE 74
tolterodine tartrate 57
topiramate 13
toremifene citrate 24
torsemide 48
TOUJEO MAX SOLOSTAR 75
TOUJEO SOLOSTAR 75
TPN ELECTROLYTES 54
TRACLEER 77
TRADJENTA 74
tramadol hcl 3,4
tramadol-acetaminophen 3
trandolapril 49
trandolapril-verapamil hcl 46
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER 46
tranexamic acid 60
tranylcypromine sulfate 17
travoprost 71
trazodone hcl 18
TRECATOR 23
TRELEGY ELLIPTA 81
TRESIBA 75
TRESIBA FLEXTOUCH 75
tretinoin 49
tretinoin (chemotherapy) 32
TREXALL 68
triamcinolone acetonide (mouth) 42
triamcinolone acetonide (topical) 51
triamterene & hydrochlorothiazide 46
triazolam 82
trientine hcl 52
trifluoperazine hcl 35
trifluridine 39
trihexyphenidyl hcl 34
TRIKAFTA 80
TRIMETHOPRIM 8
trimipramine maleate 19
TRINTELLIX 18
TRIUMEQ 41
trospium chloride 57
TRULICITY 74
TRUMENBA 69
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) 31
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) 31
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) 31
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) 31
TUKYSA 31
TURALIO 31
TWINRIX 69
TYBOST 42
TYMLOS 55
TYPHIM VI 69
TYSABRI 75

U

UKONIQ 31
ursodiol 57

V

valacyclovir hcl 39
VALCHLOR 23
valganciclovir hcl 37
valproate sodium 14
valproic acid 14
valsartan 43
valsartan-hydrochlorothiazide 46

VALTOCO 10 MG DOSE 15
VALTOCO 15 MG DOSE 15
VALTOCO 20 MG DOSE 15
VALTOCO 5 MG DOSE 15
VANCOMYCIN HCL 9
VAQTA 69
VARENICLINE TARTRATE 6
VARIVAX 69
VARIZIG 66
VASCEPA 48
VELTASSA 52
VENCLEXTA 31
VENCLEXTA STARTING PACK 31
venlafaxine hcl 18
VENTAVIS 78
verapamil hcl 45
VERAPAMIL HCL ER 45
VERSACLOZ 35
VERZENIO 31
VICTOZA 74
VIDEX 41
VIDEX EC 41
vigabatrin 15
VIIBRYD 18
VIIBRYD STARTER PACK 18
VIMPAT 15
VIRACEPT 40
VIREAD 41
VITRAKVI 31
VIZIMPRO 31
voriconazole 21
VOSEVI 38
VOTRIENT 31
VRAYLAR 37
VYNDAMAX 46
VYNDAQEL 82
VYVANSE 76

W

warfarin sodium 59
water for irrigation, sterile 77
WELIREG 26

X

XALKORI 32
XARELTO 59
XARELTO STARTER PACK 59
XATMEP 68
XCOPRI 14
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 14
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 14
XELJANZ 67
XELJANZ XR 68
XGEVA 55
XIFAXAN 9
XOFLUZA (40 MG DOSE) 38
XOFLUZA (80 MG DOSE) 38
XOLAIR 67
XOSPATA 32
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 26
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 26
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 26
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 24
XYREM 83

Y

YF-VAX 69

Z

zafirlukast 78
zaleplon 82
ZARXIO 60
ZEJULA 32
ZELBORAF 32
ZENPEP 82
ZERIT 41
zidovudine 42
ziprasidone hcl 37

ziprasidone mesylate 37
ZIRGAN 37
ZMAX 11
zoledronic acid 56
ZOLINZA 26
zolmitriptan 22
zolpidem tartrate 82
zonisamide 15
ZONTIVITY 59
ZORTRESS 68
ZOSTAVAX 69
ZUBSOLV 6,7
ZYDELIG 32
ZYKADIA 32
ZYLET 72
ZYPREXA RELPREVV 37

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:

- Ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
    - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, 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 hacer un reclamo en:

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
Correo electrónico: 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 dicha oficina, que está disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o 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.

Y0118_20_525A_SP_C 07312020

Multi-Language Insert

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-776-4466 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-776-4466 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-776-4466 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-776-4466 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-776-4466 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-776-4466 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-800-776-4466 (TTY (հեռատիպ)՝ 711).

توجه: (Farsi) رسی: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-776-4466 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-776-4466 (телетайп: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-776-4466（TTY:711）まで、お電話にてご連絡ください。

العربية (Arabic):
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-776-4466 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-776-4466 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-776-4466 (TTY: 711)។

Y0118_20_525B_C 07312020

Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-776-4466 (TTY: 711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-776-4466 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-776-4466 (TTY: 711).

ພາສາລາວ (Lao): ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງ ຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-800-776-4466 (TTY: 711).

blue california

Este formulario se actualizó el **11/22/2021** . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Atención al Cliente de Blue Shield of California al (800) 776-4466 o, para usuarios del sistema TTY, al 711. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., los sábados y domingos), desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. También puede entrar a blueshieldca.com/medFormulary2021.

Blue Shield of California complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability. Blue Shield of California cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。

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