

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Plan Medicare-Medicaid)

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) de 2021

Condados: Los Ángeles y San Diego

Este formulario se actualizó el . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese gratis con Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días de la semana, o visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

N.º de identificación del formulario **21409**, versión .



Promise Health Plan

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan | Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) de 2021

Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocido como *Lista de medicamentos*). Esta lista indica qué medicamentos recetados y qué medicamentos y productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) están cubiertos por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. La Lista de medicamentos también le informa si existen reglas o restricciones especiales para algún medicamento cubierto por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. En el último capítulo del *Manual para miembros* figuran los términos claves y sus definiciones. Puede pedir una copia llamando gratis a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana.

Tabla de contenidos

A. Avisos legales	iv
B. Preguntas frecuentes	vi
B1. ¿Qué medicamentos recetados están incluidos en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Para abreviar, llamaremos “ <i>Lista de medicamentos</i> ” a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>).	vi
B2. ¿Puede haber algún cambio en la Lista de medicamentos?	vi
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la Lista de medicamentos?	vii
B4. ¿Hay restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o alguna acción requerida que debe llevar a cabo para obtener ciertos medicamentos?.....	ix
B5. ¿Cómo sabrá si el medicamento que desea tiene límites o si hay acciones requeridas que llevar a cabo para obtener el medicamento?.....	ix
B6. ¿Qué sucede si cambiamos nuestras reglas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización (aprobación) previa, límites de cantidad, y/o restricciones de tratamiento escalonado)?.....	x
B7. ¿Cómo puede buscar un medicamento en la Lista de medicamentos?	x
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiere tomar no está incluido en la Lista de medicamentos?.....	x



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

B9. ¿Qué sucede si usted es un miembro de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan nuevo y no puede encontrar su medicamento en la Lista de medicamentos, o tiene un problema para conseguirlo?	xi
B10. ¿Puede pedir una excepción para cubrir su medicamento?	xii
B11. ¿Cómo puede pedir una excepción?.....	xii
B12. ¿Cuánto tiempo se demora en conseguir una excepción?	xii
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	xiii
B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?	xii
B15. ¿Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cubre productos de venta libre que no sean medicamentos?	xiii
B16. ¿Cuál es su copago?	xiii
B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	xiv
C. Descripción general de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	xiv
C1. Medicamentos agrupados por tipo de problema de salud	xvi
D. Índice de medicamentos cubiertos	



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

A. Avisos legales

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en Blue Shield Promise Cal MediConnect.

- ❖ Blue Shield Promise Cal MediConnect es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y Medi-Cal para proveer beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- ❖ La Lista de medicamentos cubiertos y/o las redes de proveedores y farmacias pueden cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de hacer un cambio que lo afecte.
- ❖ Los beneficios y/o los copagos pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ❖ Siempre puede consultar la Lista de medicamentos cubiertos actualizada de Blue Shield Promise Cal MediConnect en línea en www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect o, por teléfono al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. La llamada es gratis.
- ❖ Es posible que se apliquen límites, copagos y restricciones. Para obtener más información, llame a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect o lea el Manual para miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect.
- ❖ Los copagos por medicamentos recetados pueden variar sobre la base del nivel de Ayuda Adicional que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más información.
- ❖ **ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. The call is free.
- ❖ **Español (Spanish):** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
- ❖ **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 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 1-855-905-3825 (TTY: 711) 每周七天办公，每天早上 8:00 至晚上 8:00。这是免费电话。
- ❖ **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 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8 giờ sáng–8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. HOẶC Ban.
- ❖ **Tagalog (Tagalog – Filipino):** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 1-855-905-3825 (TTY: 711) Mula 8am-8pm, 7 araw sa isang linggo.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

- ❖ **한국어 (Korean):** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 1-855-905-3825 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 번으로 전화해 주십시오, 오후 8 시, 7 일 주일 오전 8 시..
- ❖ **Հայերեն (Armenian):** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 1-855-905-3825 (TTY (հեռատիպ)՝ 711) Ից 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր
- ❖ **فارسی (Persian/Farsi):**
- ❖ 1-855-905-3825 اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با توجه هفته روزه همه، شب 8 تا صبح 8. تماس بگیرد (TTY: 711)
- ❖ **Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 1-855-905-3825 (телетайп: 711) С 8:00 до 20:00, без выходных.
- ❖ **العربية (Arabic):**
- ❖ 711: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم 1-855-905-3825 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (711: رقم هاتف الصم والبكم من 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً طوال الأسبوع أيام طوال مَساء 8:00 حتى صباحًا 8:00 الساعة
- ❖ **ខ្មែរ (Cambodian/Khmer):** ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 1-855-905-3825 (TTY:711)។ ចាប់ពីម៉ោងម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8:00 យប់ ជ្រាបពីថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- ❖ Puede conseguir este documento gratis en otros formatos, tales como letra grande, braille o audio. Llame a Atención al Cliente al 1-855-905-3825 (los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. La llamada es gratis.
- ❖ Puede hacer un pedido permanente para recibir materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro. Para hacer un pedido, comuníquese con Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

B. Preguntas frecuentes

Encuentre aquí respuestas para las preguntas que tenga sobre esta *Lista de medicamentos cubiertos*. Puede leer todas las preguntas frecuentes para tener más información o buscar una pregunta en particular y su respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos recetados están incluidos en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Para abreviar, llamaremos “*Lista de medicamentos*” a la *Lista de medicamentos cubiertos*).

Los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos son aquellos cubiertos por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Dichos medicamentos están disponibles en farmacias dentro de la red. Una farmacia pertenece a nuestra red si tenemos un contrato para trabajar en conjunto y ofrecerles servicios a los miembros. Hacemos referencia a estas farmacias como “farmacias de la red”.

- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cubrirá todos los medicamentos médicamente necesarios incluidos en la Lista de medicamentos en los siguientes casos:
 - o Si su médico u otro profesional que le hace las recetas afirma que usted los necesita para mejorar o mantener su salud.
 - o Si usted obtiene sus medicamentos recetados en una farmacia de la red de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
- En algunos casos, usted tiene que cumplir ciertos requisitos antes de poder obtener un medicamento (ver pregunta B4 más abajo).

También puede consultar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect o llamar a Atención al Cliente al 1-855-905-3825.

B2. ¿Puede haber algún cambio en la Lista de medicamentos?

Sí, y Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan debe respetar las reglas de Medicare y Medicaid cuando haga cambios. Podemos agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año.

También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos hacer lo siguiente:

- Decidir si se requerirá o no una aprobación previa para un medicamento. (La aprobación previa es el permiso que otorga Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan antes de que usted pueda obtener un medicamento).
-



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (esto se denomina “límite de cantidad”).
- Agregar o cambiar las restricciones de tratamiento escalonado de un medicamento. (“Tratamiento escalonado” significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

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

Si está tomando un medicamento que tenía cobertura a **principios** de año, generalmente no le quitaremos ni cambiaremos la cobertura de dicho medicamento **durante el resto del año**, a menos que ocurra lo siguiente:

- Que salga al mercado un medicamento nuevo más económico, que sea tan efectivo como el medicamento incluido en la Lista de medicamentos en la actualidad.
- Que nos enteremos de que el medicamento no es seguro.
- Que se retire un medicamento del mercado.

Las preguntas B3 y B6 a continuación tienen más detalles de lo que sucede cuando cambia la Lista de medicamentos.

- Siempre puede consultar la Lista de medicamentos de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan actualizada en línea en www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.
- Para revisar la Lista de medicamentos actual, también puede llamar a Atención al Cliente al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana.

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

Algunos cambios en la Lista de medicamentos se producen **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Un medicamento genérico nuevo está disponible.** A veces, sale al mercado un medicamento genérico nuevo que es tan efectivo como el medicamento de marca incluido en la Lista de medicamentos en la actualidad. Cuando sucede esto, podemos quitar el medicamento de marca y agregar el medicamento genérico nuevo, pero costo que usted tendrá que pagar por el medicamento nuevo seguirá siendo el mismo o será menor. Cuando agreguemos el medicamento genérico nuevo, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

- o Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero después le enviaremos información sobre los cambios específicos una vez que los hayamos hecho.
- o Usted o su proveedor pueden pedir una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para pedir una excepción. Consulte la pregunta B10 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Un medicamento es retirado del mercado.** Si la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Medicamentos y Alimentos) afirma que un medicamento que usted está tomando no es seguro o si el fabricante lo retira del mercado, lo quitaremos de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, le informaremos que ese medicamento ha sido retirado de la Lista de medicamentos y le indicaremos qué pasos debe seguir.

Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos por adelantado sobre estos otros cambios a la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden tener lugar si ocurre lo siguiente:

- La FDA proporciona guías nuevas o se publican pautas clínicas nuevas sobre el medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado.
 - o Reemplazamos un medicamento de marca que actualmente está incluido en la Lista de medicamentos.
 - o Cambiamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando ocurren estos cambios, haremos lo siguiente:

- Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio en la Lista de medicamentos.
- Le informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que nos pida una repetición.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que le hace las recetas, quienes lo podrán ayudar a decidir lo siguiente:

- Si en la Lista de medicamentos hay un otro similar que puede tomar.
- Si se puede pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte la pregunta B10.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

B4. ¿Hay restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o alguna acción requerida que debe llevar a cabo para obtener ciertos medicamentos?

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

- **Aprobación previa (o autorización previa):** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional que le hace las recetas deben obtener la aprobación de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan antes de recibir sus medicamentos recetados. Si no obtiene la aprobación, es posible que Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** A veces, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan limita la cantidad que puede obtener de un medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** En ocasiones, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan requiere que usted realice un tratamiento escalonado. Esto significa que tendrá que probar medicamentos en cierto orden por su tipo de problema de salud. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si su médico cree que el primer medicamento no surte efecto en su caso, entonces, cubriremos el segundo.

Puede averiguar si existe otro límite o requisito para su medicamento si consulta las tablas que figuran entre las páginas . También puede obtener más información si visita nuestro sitio web en www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. Hemos publicado en Internet documentos en los que se explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Puede pedir una excepción de estos límites. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que le hace las recetas. Dicho profesional puede ayudarlo a decidir si en la Lista de medicamentos hay uno similar que usted pueda tomar en su lugar o si debe pedir una excepción. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo sabrá si el medicamento que desea tiene límites o si hay acciones requeridas que llevar a cabo para obtener el medicamento?

La *Lista de medicamentos cubiertos* entre las páginas tiene una columna denominada “Acciones necesarias, restricciones y límites de uso”.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

B6. ¿Qué sucede si cambiamos nuestras reglas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización (aprobación) previa, límites de cantidad, y/o restricciones de tratamiento escalonado)?

En algunos casos, le informaremos con anticipación si agregamos o cambiamos la autorización previa, los límites de cantidad y/o las restricciones de tratamiento escalonado de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información acerca de este aviso por adelantado y las situaciones en las cuales posiblemente no podamos informarle con anticipación cuando cambian nuestras reglas sobre los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos.

B7. ¿Cómo puede buscar un medicamento en la Lista de medicamentos?

Hay dos maneras de buscar un medicamento:

- Puede buscar por orden alfabético (si sabe cómo se escribe el medicamento).
- Puede buscar por tipo de problema de salud.

Para buscar **por orden alfabético**, vaya a la sección del índice de medicamentos cubiertos, que empieza en la página . En el índice, encontrará una lista por orden alfabético 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.

Para buscar **por tipo de problema de salud**, encuentre la sección denominada “Lista de medicamentos por tipo de problema de salud” en la página xvi. Los medicamentos en esta sección están agrupados en diferentes categorías según el tipo de problema de salud que tratan. Por ejemplo, si usted tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría titulada “Cardiovasculares”. Allí es donde encontrará medicamentos utilizados para tratar afecciones cardíacas.

B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiere tomar no está incluido en la Lista de medicamentos?

Si no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos, llame gratis a Atención al Cliente al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, y consúltelo. Si le informan que Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan no cubrirá el medicamento, puede hacer alguna de estas dos cosas:



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

- Pedir en Atención al Cliente una lista de medicamentos similares al que usted desea tomar, para después mostrársela a su médico u otro profesional que le hace las recetas. Dicho profesional puede recetar un medicamento incluido en la Lista de medicamentos que sea similar al que usted desea tomar. **O bien**
- Puede solicitarle al plan de salud que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B9. ¿Qué sucede si usted es un miembro de Blue Shield Promise

Cal MediConnect Plan nuevo y no puede encontrar su medicamento en la Lista de medicamentos, o tiene un problema para conseguirlo?

Nosotros podemos ayudarlo. Es posible que cubramos un suministro temporario para 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que le hace las recetas, Dicho profesional puede ayudarlo a decidir si en la Lista de medicamentos hay uno similar que usted pueda tomar en su lugar o si debe pedir una excepción.

Si su receta indica menos días, lo dejaremos obtener sus medicamentos recetados varias veces hasta alcanzar el máximo de 30 días de medicación.

Cubriremos un suministro para 30 días de su medicamento en los siguientes casos:

- Si usted está tomando un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos.
- Si las reglas del plan de salud no permiten que usted obtenga la cantidad pedida por el profesional que le hace las recetas.
- Si el medicamento requiere la aprobación previa de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
- Si usted está tomando un medicamento que forma parte de una restricción de tratamiento escalonado.

Si usted vive en un hogar de ancianos u otro centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está incluido en la Lista de medicamentos o si usted no puede obtener fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudarlo. Si usted ha sido miembro del plan durante más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesita (salvo que tenga una receta para menos días), independientemente de



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

que usted sea o no un miembro nuevo de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

- Esto se suma al suministro temporario durante los primeros 90 días de su membresía en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Política de transición

En situaciones en las que un beneficiario esté cambiando de un ámbito de tratamiento a otro, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan garantizará un proceso rápido para la aprobación de los medicamentos de la Parte D que no estén en el formulario. Este proceso también se aplicará a los medicamentos de la Parte D que estén en el formulario y que requieran una autorización previa o un tratamiento escalonado. Los siguientes son ejemplos de cambios en el nivel de atención: beneficiarios que reciben el alta de un hospital y se trasladan a un hogar; beneficiarios que finalizan su estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por la Parte A de Medicare y necesitan revertir al formulario del plan de la Parte D; beneficiarios que finalizan su estadía en un centro de atención a largo plazo y se reinsertan en la comunidad; y beneficiarios que reciben el alta de hospitales psiquiátricos con una terapia farmacológica altamente personalizada.

B10. ¿Puede pedir una excepción para cubrir su medicamento?

Sí. Puede pedirle a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan que haga una excepción para cubrir un medicamento que no está incluido en la Lista de medicamentos.

También puede pedirnos que cambiemos las reglas de su medicamento.

- Por ejemplo, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede pedirnos que cambiemos el límite y cubramos una mayor cantidad.
- Otros ejemplos: Puede pedirnos que omitamos las restricciones de tratamiento escalonado o los requisitos de aprobación previa.

B11. ¿Cómo puede pedir una excepción?

Para pedir una excepción, llame a Atención al Cliente. Ellos trabajarán con usted y su proveedor para ayudarlos a pedir la excepción. También puede leer el capítulo 9 del *Manual para miembros*, para saber más sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo se demora en conseguir una excepción?

Primero, debemos obtener una declaración del profesional que le hace las recetas que respalde su pedido de excepción. Después de que obtenemos la declaración, le daremos una decisión con respecto a su pedido de excepción dentro de las 72 horas.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Si usted o el profesional que le hace las recetas piensan que su salud podría verse perjudicada si tiene que esperar 72 horas por una decisión, puede pedir una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si el profesional que le hace las recetas respalda su pedido, le daremos una decisión dentro de las 24 horas de recibir la declaración de respaldo de dicho profesional.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están compuestos por los mismos ingredientes que los medicamentos de marca. Usualmente cuestan menos que los medicamentos de marca y sus nombres son menos conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?

“OTC” es la sigla en inglés de *over-the-counter*, es decir, “venta libre”.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cubre algunos medicamentos de venta libre cuando son recetados por su proveedor.

Puede leer la Lista de medicamentos de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para ver qué medicamentos de venta libre están cubiertos.

B15. ¿Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cubre productos de venta libre que no sean medicamentos?

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan cubre algunos productos de venta libre que no son medicamentos cuando son recetados por su proveedor.

Algunos de los productos de venta libre que no son medicamentos incluyen la mascarilla para adultos Vortex o la MicroChamber.

Puede leer la Lista de medicamentos de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para ver qué productos de venta libre que no son medicamentos están cubiertos.

B16. ¿Cuál es su copago?

Puede leer la Lista de medicamentos de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para obtener información sobre el copago para cada medicamento. Los miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan que viven en hogares de ancianos u otros centros de atención a largo plazo no tendrán copagos. Algunos miembros que reciben atención a largo plazo en la comunidad tampoco tendrán copagos.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Los copagos se enumeran por niveles. Los niveles son grupos de medicamentos con el mismo copago. La cantidad de copago variará según su nivel de elegibilidad de Medi-Cal.

Nivel	Description	Copago		
		Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 100 días
Nivel 1	Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2	Medicamentos genéricos	De \$0 a \$3.70 de copago	De \$0 a \$3.70 de copago	No disponible
Nivel 3	Medicamentos de marca	De \$0 a \$9.20 de copago	De \$0 a \$9.20 de copago	No disponible
Nivel 4	Medicamentos recetados no cubiertos por Medicare/ medicamentos de venta libre	\$0 de copago	\$0 de copago	No disponible

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

Los niveles son grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos.

- El nivel 1 incluye los medicamentos genéricos preferidos.
- El nivel 2 incluye los medicamentos genéricos.
- El nivel 3 incluye los medicamentos de marca.
- El nivel 4 incluye los medicamentos recetados que no están cubiertos por Medicare y los medicamentos de venta libre.

C. Descripción general de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La siguiente lista de medicamentos cubiertos le brinda información sobre los medicamentos que están cubiertos por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Si tiene algún inconveniente para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice de medicamentos cubiertos que empieza en la página . En el índice se enumeran por orden alfabético todos los medicamentos cubiertos por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

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



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

medicamentos genéricos aparecen con letras minúsculas y en cursiva (por ejemplo, *simvastatin*).

La información en la columna denominada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso” le indica si Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan tiene alguna regla para cubrir su medicamento.

REFERENCIAS

NIVEL	NOMBRE	
1	Medicamentos genéricos preferidos	
2	Medicamentos genéricos	
3	Medicamentos de marca	
4	Medicamentos recetados no cubiertos por Medicare/medicamentos de venta libre	
SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
LA	Acceso limitado (<i>Limited Access</i>)	Es posible que este medicamento recetado esté disponible solamente en determinadas farmacias. Para obtener más información, llame a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
PA	Autorización previa (<i>Prior Authorization</i>)	Usted (o su médico) deben obtener una autorización previa de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan antes de obtener sus medicamentos recetados. Sin la aprobación previa de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, posiblemente no cubriremos este medicamento.
QL	Límite de cantidad (<i>Quantity Limit</i>)	Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan limita la cantidad que será cubierta para este medicamento dentro de un plazo determinado.
ST	Tratamiento escalonado (<i>Step Therapy</i>)	Antes de que Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan proporcione cobertura para este medicamento, usted debe probar primero otros medicamentos del formulario para tratar su problema de salud. Este medicamento puede estar cubierto solamente si otros no surten efecto en su caso.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
BvD	Parte B vs. Parte D	Este medicamento puede reunir los requisitos necesarios para recibir el pago según la Parte B o la Parte D de Medicare. Usted (o su médico) deben obtener una autorización previa de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para determinar si este medicamento está cubierto por la Parte D de Medicare antes de obtener sus medicamentos recetados. Sin la aprobación previa de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, posiblemente no cubriremos este medicamento.
NPD	Medicamento no cubierto por la Parte D (<i>Non-Part D Drug</i>)	Este medicamento está cubierto por Medi-Cal y no es un “medicamento de la Parte D”. Si tiene preguntas, llame a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
NDS	Suministro sin extensión (<i>Non-Extended Day Supply</i>)	El medicamento NO está disponible para un suministro a largo plazo.

Nota: La sigla “NPD” al lado de un medicamento significa que no es un “medicamento de la Parte D”. No tendrá que pagar un copago por estos medicamentos. Asimismo, estos medicamentos tienen diferentes reglas de apelación.

- Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión de cobertura que hemos tomado y que la cambiemos si cree que hemos cometido un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea no está cubierto o deja de estar cubierto por Medicare o Medi-Cal.
- Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. Si alguna vez tiene una pregunta, llame a Atención al Cliente al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. También puede leer el capítulo 9 del *Manual para miembros*, para saber cómo apelar una decisión.

C1. Medicamentos agrupados por tipo de problema de salud

Los medicamentos en esta sección están agrupados en diferentes categorías según el tipo de problema de salud que tratan. Por ejemplo, si usted tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría titulada “Cardiovasculares”. Allí es donde encontrará medicamentos utilizados para tratar afecciones cardíacas.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA		
<i>acetaminophen w/ codeine (tab 300-15 mg, tab 300-30 mg)</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	NIVEL 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>butalbital-acetaminophen-caff w/ cod cap 50-325-40-30 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate (30 mg tab, tab 30 mg)</i>	NIVEL 2	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate (60 mg tab, tab 60 mg)</i>	NIVEL 2	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	NIVEL 2	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>fentanyl citrate (100 mcg tab, 200 mcg tab, 400 mcg tab, 600 mcg tab, 800 mcg tab, lozenge on a handle 1200 mcg, lozenge on a handle 1600 mcg, lozenge on a handle 200 mcg, lozenge on a handle 400 mcg, lozenge on a handle 600 mcg, lozenge on a handle 800 mcg)</i>	NIVEL 2	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (tab 10-325 mg, tab 7.5-325 mg)</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	NIVEL 2	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl liqd 1 mg/ml</i>	NIVEL 2	QL (675 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl tab 2 mg</i>	NIVEL 2	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl tab 4 mg</i>	NIVEL 2	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl tab 8 mg</i>	NIVEL 2	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab, tab 15 mg, tab 30 mg)</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (20 mg/5ml solution, oral soln 20 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate oral soln 10 mg/5ml</i>	NIVEL 2	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate oral soln 100 mg/5ml (20 mg/ml)</i>	NIVEL 2	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (tab 15 mg, tab 30 mg)</i>	NIVEL 2	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl soln 5 mg/5ml</i>	NIVEL 2	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl tab 10 mg</i>	NIVEL 2	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl tab 20 mg</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl tab 5 mg</i>	NIVEL 2	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone w/ acetaminophen (tab 2.5-325 mg, tab 5-325 mg)</i>	NIVEL 2	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	NIVEL 2	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	NIVEL 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl tab 50 mg</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	NIVEL 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA

<i>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)</i>	NIVEL 2	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl (10 mg/5ml solution, soln 10 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl (10 mg/ml solution, inj 10 mg/ml)</i>	NIVEL 2	PA, NDS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methadone hcl (5 mg/5ml solution, soln 5 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl tab 10 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl tab 5 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (tab er 100 mg, tab er 200 mg, tab er 60 mg)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate tab er 15 mg</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate tab er 30 mg</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES		
<i>celecoxib (cap 100 mg, cap 200 mg, cap 50 mg)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>celecoxib cap 400 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>diclofenac potassium tab 50 mg</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium (tab delayed release 25 mg, tab delayed release 50 mg, tab delayed release 75 mg, tab er 24hr 100 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	NIVEL 2	
<i>diflunisal tab 500 mg</i>	NIVEL 2	
<i>etodolac (tab 400 mg, tab 500 mg, tab er 24hr 400 mg, tab er 24hr 500 mg, tab er 24hr 600 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>flurbiprofen tab 100 mg</i>	NIVEL 2	
<i>ibuprofen (tab 400 mg, tab 600 mg, tab 800 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>indomethacin (cap 25 mg, cap 50 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>meloxicam (tab 15 mg, tab 7.5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>nabumetone (tab 500 mg, tab 750 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>naproxen (tab 250 mg, tab 375 mg, tab 500 mg, tab ec 375 mg, tab ec 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>piroxicam (cap 10 mg, cap 20 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>sulindac (tab 150 mg, tab 200 mg)</i>	NIVEL 2	

ANESTÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine hcl (4 % solution, soln 4%)</i>	NIVEL 2	
<i>lidocaine hcl viscous soln 2%</i>	NIVEL 2	
<i>lidocaine oint 5%</i>	NIVEL 2	QL (50 PER 30 OVER TIME)
<i>lidocaine patch 5%</i>	NIVEL 2	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (10 PER 30 OVER TIME)

ANSIOLÍTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANSIOLÍTICOS, OTROS		
<i>buspirone hcl (tab 10 mg, tab 15 mg, tab 30 mg, tab 5 mg, tab 7.5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>meprobamate (tab 200 mg, tab 400 mg)</i>	NIVEL 2	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANSIOLÍTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BENZODIACEPINAS		
<i>alprazolam (tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 1 mg)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam tab 2 mg</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>chlordiazepoxide hcl cap 10 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (30 PER 1 DAYS)
<i>chlordiazepoxide hcl cap 25 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>chlordiazepoxide hcl cap 5 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (60 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (orally disintegrating tab 0.125 mg, orally disintegrating tab 0.25 mg, orally disintegrating tab 0.5 mg, tab 0.5 mg)</i>	NIVEL 2	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (orally disintegrating tab 1 mg, tab 1 mg)</i>	NIVEL 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (orally disintegrating tab 2 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium tab 15 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium tab 3.75 mg</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium tab 7.5 mg</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam (conc 5 mg/ml, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam oral soln 1 mg/ml</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>diazepam tab 10 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>diazepam tab 2 mg</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam (conc 2 mg/ml, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam tab 0.5 mg</i>	NIVEL 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam tab 1 mg</i>	NIVEL 2	QL (10 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTITABACO, MEDICAMENTOS		
<i>bupropion hcl (smoking deterrent) tab er 12hr 150 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NICOTROL 10 MG INHALER	NIVEL 3	
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	
VARENICLINE TARTRATE (0.5 MG TAB, 1 MG TAB)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
VARENICLINE TARTRATE 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42 TAB THPK	NIVEL 2	QL (60 PER 30 OVER TIME)
DEPENDENCIA A OPIOIDES		
<i>buprenorphine hcl sl tab 2 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>buprenorphine hcl sl tab 8 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (21 PER 90 OVER TIME)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate (-naloxone sl film 2-0.5 mg (base equiv), -naloxone sl film 4-1 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate (-naloxone sl film 8-2 mg (base equiv), -naloxone sl tab 8-2 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	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 3	QL (3 PER 1 DAYS)
ZUBSOLV (1.4-2.9 MG SL TAB, 2.9-0.71 MG SL TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SL TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN		
<i>acamprosate calcium tab delayed release 333 mg</i>	NIVEL 2	
<i>disulfiram (tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
REVERTIDORES OPIOIDEOS		
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, nasal spray 4 mg/0.1ml)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>naloxone hcl (inj 0.4 mg/ml, inj 4 mg/10ml, soln prefilled syringe 2 mg/2ml)</i>	NIVEL 2	
<i>naltrexone hcl tab 50 mg</i>	NIVEL 2	
NARCAN 4 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AMINOGLUCÓSIDOS		
<i>amikacin sulfate inj 500 mg/2ml (250 mg/ml)</i>	NIVEL 2	
<i>gentamicin sulfate (topical) (cream 0.1%, oint 0.1%)</i>	NIVEL 2	
<i>gentamicin sulfate inj 40 mg/ml</i>	NIVEL 2	
<i>neomycin sulfate tab 500 mg</i>	NIVEL 2	
<i>paromomycin sulfate cap 250 mg</i>	NIVEL 2	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	NIVEL 2	
<i>tobramycin sulfate (10 mg/ml solution, 2 gm/50ml solution, for inj 1.2 gm, inj 1.2 gm/30ml (40 mg/ml) (base equiv), inj 80 mg/2ml (40 mg/ml) (base equiv))</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIBACTERIANOS, OTROS		
<i>acetic acid otic soln 2%</i>	NIVEL 2	
<i>aztreonam (inj 1 gm, inj 2 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin hcl (cap 150 mg, cap 300 mg, cap 75 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin palmitate hcl for soln 75 mg/5ml (base equiv)</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate (inj 300 mg/2ml, inj 600 mg/4ml, inj 9 gm/60ml, inj 900 mg/6ml, iv soln 300 mg/2ml, iv soln 600 mg/4ml, iv soln 900 mg/6ml)</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate in d5w (soln 300 mg/50ml, soln 600 mg/50ml, soln 900 mg/50ml)</i>	NIVEL 2	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate swab 1%</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2%</i>	NIVEL 2	
<i>colistimethate sod for inj 150 mg (colistin base activity)</i>	NIVEL 2	
<i>daptomycin (350 mg recon soln, for iv soln 350 mg, for iv soln 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>fosfomycin tromethamine powd pack 3 gm (base equivalent)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 30 OVER TIME)
<i>linezolid (for susp 100 mg/5ml, tab 600 mg)</i>	NIVEL 2	PA
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	NIVEL 2	
<i>linezolid iv soln 600 mg/300ml (2 mg/ml)</i>	NIVEL 2	
<i>methenamine hippurate tab 1 gm</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metronidazole (5 mg/ml solution, iv soln 500 mg/100ml, tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>metronidazole (topical) (cream 0.75%, gel 0.75%, gel 1%, lotion 0.75%)</i>	NIVEL 2	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75%</i>	NIVEL 2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (line cap 100 mg, line cap 25 mg, line cap 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>nitrofurantoin monohydrate macrocrystalline cap 100 mg</i>	NIVEL 2	
ORBACTIV 400 MG RECON SOLN	NIVEL 3	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
SYNERCID 150-350 MG RECON SOLN	NIVEL 3	
<i>tigecycline (50 mg recon soln, for iv soln 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>trimethoprim (100 mg tab, tab 100 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>vancomycin hcl (1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 100 gm recon soln, 250 mg recon soln, 750 mg 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), for iv soln 500 mg (base equivalent), for iv soln 750 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
VANDAZOLE 0.75 % GEL	NIVEL 3	
XIFAXAN 200 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 375 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, cap 250 mg, cap 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>cefadroxil (1 gm tab, cap 500 mg, for susp 250 mg/5ml, for susp 500 mg/5ml, tab 1 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>cefazolin sodium (1 gm recon soln, 100 gm recon soln, 2 gm recon soln, 20 gm recon soln, 300 gm recon soln, for inj 1 gm, for inj 10 gm, for inj 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>cefdinir (cap 300 mg, for susp 125 mg/5ml, for susp 250 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	
<i>cefepime hcl (2 gm recon soln, for inj 1 gm, for inj 2 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>cefixime (cap 400 mg, for susp 100 mg/5ml, for susp 200 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	
<i>cefotaxime sodium (1 gm recon soln, for inj 1 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>cefotetan disodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, for inj 1 gm, for inj 2 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>cefoxitin sodium (soln 1 gm, soln 10 gm, soln 2 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>cefpodoxime proxetil (for susp 100 mg/5ml, for susp 50 mg/5ml, tab 100 mg, tab 200 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>cefprozil (for susp 125 mg/5ml, for susp 250 mg/5ml, tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>ceftazidime (inj 1 gm, inj 6 gm, iv soln 2 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>ceftriaxone sodium (inj 1 gm, inj 10 gm, inj 2 gm, inj 250 mg, inj 500 mg, iv soln 1 gm, iv soln 2 gm)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefuroxime axetil (tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>cefuroxime sodium (inj 7.5 gm, inj 750 mg, iv soln 1.5 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>cephalexin (cap 250 mg, cap 500 mg, for susp 125 mg/5ml, for susp 250 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	NIVEL 2	
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	NIVEL 3	

BETALACTÁMICOS, PENICILINAS

<i>amoxicillin & pot clavulanate (k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml, k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml, k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml, k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml, k clavulanate tab 250-125 mg, k clavulanate tab 500-125 mg, k clavulanate tab 875-125 mg)</i>	NIVEL 2	
AMOXICILLIN ((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, (TRIHYDRATE) FOR SUSP 400 MG/5ML, (TRIHYDRATE) TAB 500 MG, (TRIHYDRATE) TAB 875 MG, 125 MG CHEW TAB, 250 MG CHEW TAB)	NIVEL 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE (200-28.5 MG CHEW TAB, 400-57 MG CHEW TAB)	NIVEL 2	
<i>ampicillin & sulbactam sodium (for inj 1.5 (1-0.5) gm, for inj 3 (2-1) gm, for iv soln 15 (10-5) gm)</i>	NIVEL 2	
AMPICILLIN 500 MG CAP	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ampicillin sodium (1 gm recon soln, 125 mg recon soln, 2 gm recon soln, for inj 1 gm, for inj 2 gm, for inj 250 mg, for inj 500 mg, for iv soln 10 gm, for iv soln 2 gm)</i>	NIVEL 2	
AMPICILLIN-SULBACTAM SODIUM (1.5 (1-0.5) GM RECON SOLN, 3 (2-1) GM RECON SOLN)	NIVEL 2	
BICILLIN L-A (1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSPENSION, 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR)	NIVEL 3	
<i>dicloxacillin sodium (cap 250 mg, cap 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>nafticillin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, for inj 1 gm, for inj 2 gm, for iv soln 10 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>penicillin g potassium (for inj 20000000 unit, for inj 5000000 unit)</i>	NIVEL 2	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	NIVEL 2	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg/5ml recon soln, tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
PFIZERPEN (20000000 UNIT RECON SOLN, 5000000 UNIT RECON SOLN)	NIVEL 2	
<i>piperacillin sodium-tazobactam sodium (na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm), sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm), sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm), sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm), sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm))</i>	NIVEL 2	
CARBAPENÉMICOS		
<i>ertapenem sodium for inj 1 gm (base equivalent)</i>	NIVEL 2	
<i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, intravenous for soln 250 mg, intravenous for soln 500 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>meropenem (soln 1 gm, soln 500 mg)</i>	NIVEL 2	
MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin (1 gm packet, for susp 100 mg/5ml, for susp 200 mg/5ml, iv for soln 500 mg, tab 250 mg, tab 500 mg, tab 600 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>clarithromycin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp, tab 250 mg, tab 500 mg, tab er 24hr 500 mg)</i>	NIVEL 2	
E.E.S. 400 400 MG TAB	NIVEL 2	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 500 MG RECON SOLN	NIVEL 3	
<i>erythromycin base (250 mg cp dr part, tab 250 mg, tab 500 mg, w/ delayed release particles cap 250 mg)</i>	NIVEL 2	
ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE 400 MG TAB	NIVEL 2	
<i>erythromycin lactobionate for inj 500 mg</i>	NIVEL 3	
QUINOLONAS		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	NIVEL 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	NIVEL 3	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	NIVEL 2	
<i>ciprofloxacin for oral susp 500 mg/5ml (10%) (10 gm/100ml)</i>	NIVEL 2	
<i>ciprofloxacin hcl (100 mg tab, tab 250 mg (base equiv), tab 500 mg (base equiv), tab 750 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	
<i>ciprofloxacin hcl ophth soln 0.3% (base equivalent)</i>	NIVEL 2	
<i>levofloxacin (iv soln 25 mg/ml, oral soln 25 mg/ml, tab 250 mg, tab 500 mg, tab 750 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levofloxacin in d5w (soln 500 mg/100ml, soln 750 mg/150ml)</i>	NIVEL 2	
<i>moxifloxacin hcl tab 400 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	
<i>ofloxacin (300 mg tab, tab 400 mg)</i>	NIVEL 2	

SULFONAMIDAS

<i>sulfacetamide sodium lotion 10% (acne)</i>	NIVEL 2	
<i>sulfadiazine (500 mg tab, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (iv soln 400-80 mg/5ml, susp 200-40 mg/5ml, tab 400-80 mg, tab 800-160 mg)</i>	NIVEL 2	

TETRACICLINAS

<i>doxycycline (monohydrate) (cap 100 mg, cap 50 mg, tab 100 mg, tab 50 mg, tab 75 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>doxycycline hyclate (cap 100 mg, cap 50 mg, for inj 100 mg, tab 100 mg, tab 20 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>minocycline hcl (cap 100 mg, cap 50 mg, cap 75 mg, tab 100 mg, tab 50 mg, tab 75 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>tetracycline hcl (cap 250 mg, cap 500 mg)</i>	NIVEL 2	

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTICONVULSIVOS, OTROS		
BRIVIACT (10 MG TAB, 100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB)	NIVEL 3	ST, QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	ST, QL (20 PER 1 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>divalproex sodium (cap delayed release sprinkle 125 mg, tab delayed release 125 mg, tab delayed release 250 mg, tab delayed release 500 mg, tab er 24 hr 250 mg, tab er 24 hr 500 mg)</i>	NIVEL 2	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>felbamate (susp 600 mg/5ml, tab 400 mg, tab 600 mg)</i>	NIVEL 2	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA, QL (12 PER 1 DAYS)
FYCOMPA (10 MG TAB, 12 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	QL (24 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 2 MG TAB	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine (tab 100 mg, tab 150 mg, tab 200 mg, tab 25 mg, tab chewable dispersible 25 mg, tab chewable dispersible 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>levetiracetam (oral soln 100 mg/ml, tab 1000 mg, tab 250 mg, tab 500 mg, tab 750 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>levetiracetam tab er 24hr 500 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levetiracetam tab er 24hr 750 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
SPRITAM 1000 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SPRITAM 750 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>topiramate (sprinkle cap 15 mg, sprinkle cap 25 mg, tab 100 mg, tab 200 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>valproate sodium (inj 100 mg/ml, oral soln 250 mg/5ml (base equiv))</i>	NIVEL 2	
<i>valproic acid cap 250 mg</i>	NIVEL 2	
XCOPRI (100 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
XCOPRI (14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK, 14 X 150 MG & 14 X200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X100 MG TAB THPK)	NIVEL 3	PA, QL (28 PER 28 OVER TIME)
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) (100 & 150 MG TAB THPK, 50 & 200 MG TAB THPK)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	PA, LA, QL (36 PER 1 DAYS)
AUMENTANTES DEL ÁCIDO GAMMAAMINOBUTÍRICO (GABA)		
<i>clobazam suspension 2.5 mg/ml</i>	NIVEL 2	PA, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>clobazam tab 10 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>clobazam tab 20 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
DIAZEPAM 10 MG GEL	NIVEL 2	QL (20 PER 30 OVER TIME)
DIAZEPAM 2.5 MG GEL	NIVEL 2	QL (5 PER 30 OVER TIME)
DIAZEPAM 20 MG GEL	NIVEL 2	QL (40 PER 30 OVER TIME)
<i>gabapentin (tab 600 mg, tab 800 mg)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin cap 100 mg</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gabapentin cap 300 mg</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin cap 400 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin oral soln 250 mg/5ml</i>	NIVEL 2	QL (72 PER 1 DAYS)
<i>phenobarbital (elixir 20 mg/5ml, tab 100 mg, 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)</i>	NIVEL 2	PA
<i>primidone (tab 250 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM, 5 MG FILM)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tiagabine hcl (tab 12 mg, tab 16 mg, tab 2 mg, tab 4 mg)</i>	NIVEL 2	PA
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 3	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 15 MG DOSE 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	NIVEL 3	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 20 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQD THPK	NIVEL 3	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 3	QL (10 PER 30 OVER TIME)
<i>vigabatrin (powd pack 500 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS		
APTOM (200 MG TAB, 400 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
APTOM (600 MG TAB, 800 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>carbamazepine (cap er 12hr 100 mg, cap er 12hr 200 mg, cap er 12hr 300 mg, chew tab 100 mg, susp 100 mg/5ml, tab 200 mg, tab er 12hr 100 mg, tab er 12hr 200 mg, tab er 12hr 400 mg)</i>	NIVEL 2	
DILANTIN (100 MG CAP, 30 MG CAP)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEW TAB	NIVEL 3	
<i>lacosamide (tab 100 mg, tab 150 mg, tab 200 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide iv inj 200 mg/20ml (10 mg/ml)</i>	NIVEL 2	BvD
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	NIVEL 2	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>oxcarbazepine (susp 300 mg/5ml (60 mg/ml), tab 150 mg, tab 300 mg, tab 600 mg)</i>	NIVEL 2	
PEGANONE 250 MG TAB	NIVEL 3	
PHENYTEK (200 MG CAP, 300 MG CAP)	NIVEL 3	
<i>phenytoin (chew tab 50 mg, susp 125 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin sodium extended (cap 100 mg, cap 200 mg, cap 300 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>rufinamide susp 40 mg/ml</i>	NIVEL 2	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide tab 200 mg</i>	NIVEL 2	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide tab 400 mg</i>	NIVEL 2	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
<i>zonisamide (cap 100 mg, cap 25 mg, cap 50 mg)</i>	NIVEL 2	
MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
CELONTIN 300 MG CAP	NIVEL 3	
<i>ethosuximide (cap 250 mg, soln 250 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIDEMENCIALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA)		
<i>memantine hcl (cap er 24hr 14 mg, cap er 24hr 21 mg, cap er 24hr 28 mg, cap er 24hr 7 mg, oral solution 2 mg/ml, tab 10 mg, tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
ANTIDEMENCIALES, OTROS		
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	NIVEL 2	PA
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
<i>donepezil hydrochloride (orally disintegrating tab 10 mg, orally disintegrating tab 5 mg, tab 10 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>rivastigmine (patch 24hr 13.3 mg/24hr, patch 24hr 4.6 mg/24hr, patch 24hr 9.5 mg/24hr)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>rivastigmine tartrate (cap 1.5 mg (base equivalent), cap 3 mg (base equivalent), cap 4.5 mg (base equivalent), cap 6 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIDEPRESIVOS, OTROS		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl (tab 100 mg, tab er 12hr 100 mg)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl (tab er 12hr 150 mg, tab er 24hr 150 mg)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl tab 75 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl tab er 12hr 200 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bupropion hcl tab er 24hr 300 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
LYBALVI (10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB, 5-10 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
MAPROTILINE HCL (25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>mirtazapine (orally disintegrating tab 15 mg, orally disintegrating tab 30 mg, orally disintegrating tab 45 mg, tab 15 mg, tab 30 mg, tab 45 mg, tab 7.5 mg)</i>	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA		
EMSAM (12 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 3	PA
MARPLAN 10 MG TAB	NIVEL 3	
<i>phenelzine sulfate (15 mg tab, tab 15 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>tranylcypromine sulfate tab 10 mg</i>	NIVEL 2	
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)/INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (SNRI)		
<i>citalopram hydrobromide (oral soln 10 mg/5ml, tab 10 mg (base equiv), tab 20 mg (base equiv), tab 40 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	
<i>desvenlafaxine succinate (tab er 24hr 25 mg (base equiv), tab er 24hr 50 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate tab er 24hr 100 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (soln 5 mg/5ml (base equiv), tab 10 mg (base equiv), tab 20 mg (base equiv), tab 5 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	
FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	NIVEL 3	PA, QL (28 PER 30 OVER TIME)
<i>fluoxetine hcl (cap 10 mg, cap 20 mg, cap 40 mg, solution 20 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	
FLUOXETINE HCL (PMDD) (10 MG CAP, 20 MG CAP)	NIVEL 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	NIVEL 2	QL (4 PER 28 OVER TIME)
<i>fluvoxamine maleate (tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
NEFAZODONE HCL (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>paroxetine hcl (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 30 mg, tab 40 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>paroxetine hcl oral susp 10 mg/5ml (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>sertraline hcl (oral concentrate for solution 20 mg/ml, tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>trazodone hcl (tab 100 mg, tab 150 mg, tab 300 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (cap er 24hr 150 mg (base equivalent), cap er 24hr 37.5 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (tab 100 mg (base equivalent), tab 25 mg (base equivalent), tab 37.5 mg (base equivalent), tab 50 mg (base equivalent), tab 75 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
<i>venlafaxine hcl cap er 24hr 75 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
VIIBRYD STARTER PACK 10 & 20 MG KIT	NIVEL 3	ST, QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>vilazodone hcl (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg)</i>	NIVEL 2	ST, QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRICÍCLICOS		
<i>amitriptyline hcl (tab 10 mg, tab 100 mg, tab 150 mg, tab 25 mg, tab 50 mg, tab 75 mg)</i>	NIVEL 2	PA
AMOXAPINE (100 MG TAB, 150 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>clomipramine hcl (cap 25 mg, cap 50 mg, cap 75 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>desipramine hcl (tab 10 mg, tab 100 mg, tab 150 mg, tab 25 mg, tab 50 mg, tab 75 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>doxepin hcl (cap 10 mg, cap 100 mg, cap 150 mg, cap 25 mg, cap 50 mg, cap 75 mg, conc 10 mg/ml)</i>	NIVEL 2	PA
<i>imipramine hcl (tab 10 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>nortriptyline hcl (10 mg/5ml solution, cap 10 mg, cap 25 mg, cap 50 mg, cap 75 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>protriptyline hcl (tab 10 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>trimipramine maleate (cap 100 mg, cap 25 mg, cap 50 mg)</i>	NIVEL 2	PA

ANTIEMÉTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIEMÉTICOS, OTROS		
<i>meclizine hcl (tab 12.5 mg, tab 25 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>metoclopramide hcl (inj 5 mg/ml (base equivalent), soln 5 mg/5ml (10 mg/10ml) (base equiv), tab 10 mg (base equivalent), tab 5 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIEMÉTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>perphenazine (tab 16 mg, tab 2 mg, tab 4 mg, tab 8 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>prochlorperazine maleate (tab 10 mg (base equivalent), tab 5 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
<i>prochlorperazine suppos 25 mg</i>	NIVEL 2	
<i>promethazine hcl (tab 12.5 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>scopolamine td patch 72hr 1 mg/3days</i>	NIVEL 2	PA

COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGENICA

<i>aprepitant (capsule 125 mg, capsule 80 mg, capsule therapy pack 80 & 125 mg)</i>	NIVEL 2	BvD
<i>aprepitant capsule 40 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 30 OVER TIME)
<i>dronabinol (cap 10 mg, cap 2.5 mg, cap 5 mg)</i>	NIVEL 2	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>granisetron hcl (0.1 mg/ml solution, inj 1 mg/ml, inj 4 mg/4ml (1 mg/ml))</i>	NIVEL 2	BvD
<i>granisetron hcl tab 1 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS), BvD
<i>ondansetron (tab 4 mg, tab 8 mg)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS), BvD
<i>ondansetron hcl (24 mg tab, tab 24 mg)</i>	NIVEL 2	QL (15 PER 30 OVER TIME), BvD
<i>ondansetron hcl (tab 4 mg, tab 8 mg)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS), BvD
<i>ondansetron hcl oral soln 4 mg/5ml</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 1 DAYS), BvD

ANTIESPÁSTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIESPÁSTICOS		
<i>baclofen tab 10 mg</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIESPÁSTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>baclofen tab 20 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>baclofen tab 5 mg</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>dantrolene sodium (cap 100 mg, cap 25 mg, cap 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>tizanidine hcl (tab 2 mg (base equivalent), tab 4 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	

ANTIFÚNGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	BvD
AMBISOME 50 MG RECON SUSP	NIVEL 3	BvD
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	NIVEL 2	BvD
<i>amphotericin b liposome iv for susp 50 mg</i>	NIVEL 2	BvD
<i>caspofungin acetate (50 mg recon soln, 70 mg recon soln, for iv soln 50 mg, for iv soln 70 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>ciclopirox olamine (cream 0.77% (base equiv), susp 0.77% (base equiv))</i>	NIVEL 2	
<i>clotrimazole (topical) (cream 1%, soln 1%)</i>	NIVEL 2	
<i>clotrimazole troche 10 mg</i>	NIVEL 2	
CRESEMBA (186 MG CAP, 372 MG RECON SOLN)	NIVEL 3	PA
<i>econazole nitrate cream 1%</i>	NIVEL 2	
<i>fluconazole (for susp 10 mg/ml, for susp 40 mg/ml, tab 100 mg, tab 150 mg, tab 200 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIFÚNGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluconazole in nacl (inj 200 mg/100ml, inj 400 mg/200ml)</i>	NIVEL 2	
<i>flucytosine (cap 250 mg, cap 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>griseofulvin microsize (susp 125 mg/5ml, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>griseofulvin ultramicrosize (tab 125 mg, tab 250 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>itraconazole cap 100 mg</i>	NIVEL 2	PA
<i>ketoconazole (topical) (cream 2%, shampoo 2%)</i>	NIVEL 2	
<i>ketoconazole tab 200 mg</i>	NIVEL 2	
<i>miconazole sodium (soln 100 mg, soln 50 mg)</i>	NIVEL 2	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	NIVEL 2	
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	PA
<i>nystatin (topical) (cream 100000 unit/gm, oint 100000 unit/gm, topical powder 100000 unit/gm)</i>	NIVEL 2	
<i>nystatin susp 100000 unit/ml</i>	NIVEL 2	
<i>nystatin tab 500000 unit</i>	NIVEL 2	
<i>posaconazole tab delayed release 100 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>terbinafine hcl tab 250 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>terconazole vaginal (cream 0.4%, cream 0.8%, suppos 80 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>voriconazole (for susp 40 mg/ml, tab 200 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>voriconazole for inj 200 mg</i>	NIVEL 2	BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIGOTOSOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIGOTOSOS		
<i>allopurinol (tab 100 mg, tab 300 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>colchicine (0.6 mg cap, tab 0.6 mg)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	NIVEL 2	
COLCRYS 0.6 MG TAB	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
KRYSTEXXA 8 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA
<i>probenecid tab 500 mg</i>	NIVEL 2	

ANTIJAQUECOSOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA (5-HT)		
<i>naratriptan hcl (tab 1 mg (base equiv), tab 2.5 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate (oral disintegrating tab 10 mg (base eq), oral disintegrating tab 5 mg (base eq), tab 10 mg (base equivalent), tab 5 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan (20 mg/act, 5 mg/act)</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (6 mg/0.5ml soln prsyr, inj 6 mg/0.5ml, solution auto-injector 4 mg/0.5ml, solution auto-injector 6 mg/0.5ml, solution cartridge 4 mg/0.5ml, solution cartridge 6 mg/0.5ml)</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	NIVEL 2	QL (8 PER 30 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIJAQUECOSOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>zolmitriptan (orally disintegrating tab 2.5 mg, orally disintegrating tab 5 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
ALCALOIDES DE ERGOTAMINA		
<i>dihydroergotamine mesylate inj 1 mg/ml</i>	NIVEL 2	PA
<i>dihydroergotamine mesylate nasal spray 4 mg/ml</i>	NIVEL 2	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOS	NIVEL 3	QL (20 PER 30 OVER TIME)
ANTIJAQUECOSOS, OTROS		
UBRELVY (100 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)
PROFILÁCTICOS		
AIMOVIG (140 MG DOSE) 70 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
AIMOVIG (140 MG/ML SOLN A-INJ, 70 MG/ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>timolol maleate (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	

ANTIMIASTÉNICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
GUANIDINE HCL 125 MG TAB	NIVEL 2	
<i>pyridostigmine bromide tab 60 mg</i>	NIVEL 2	QL (25 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIMICOBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS		
<i>dapsone (tab 100 mg, tab 25 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>rifabutin cap 150 mg</i>	NIVEL 2	
ANTITUBERCULOSOS		
CAPASTAT SULFATE 1 GM RECON SOLN	NIVEL 3	
<i>ethambutol hcl (tab 100 mg, tab 400 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>isoniazid (100 mg tab, 100 mg/ml solution, 50 mg/5ml syrup, tab 100 mg, tab 300 mg)</i>	NIVEL 2	
PASER 4 GM PACKET	NIVEL 3	
PRIFTIN 150 MG TAB	NIVEL 3	
<i>pyrazinamide tab 500 mg</i>	NIVEL 2	
<i>rifampin (cap 150 mg, cap 300 mg, for inj 600 mg)</i>	NIVEL 2	
RIFATER 50-120-300 MG TAB	NIVEL 3	
SIRTURO 100 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (24 PER 28 OVER TIME)
SIRTURO 20 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (120 PER 28 OVER TIME)
TRECTOR 250 MG TAB	NIVEL 3	

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALQUILANTES		
<i>cyclophosphamide (25 mg cap, 25 mg tab, 50 mg cap, 50 mg tab, cap 25 mg, cap 50 mg)</i>	NIVEL 3	BvD
GLEOSTINE (10 MG CAP, 100 MG CAP, 40 MG CAP)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LEUKERAN 2 MG TAB	NIVEL 3	
MATULANE 50 MG CAP	NIVEL 3	LA
<i>thiotepa (inj 100 mg, inj 15 mg)</i>	NIVEL 2	BvD
VALCHLOR 0.016 % GEL	NIVEL 3	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)

ANTIANDRÓGENOS

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

ANTIANGIOGÉNICOS

<i>lenalidomide (cap 10 mg, cap 15 mg, cap 25 mg, cap 5 mg)</i>	NIVEL 2	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lenalidomide (cap 20 mg, caps 2.5 mg)</i>	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
REVLIMID (2.5 MG CAP, 20 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
THALOMID (100 MG CAP, 50 MG CAP)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES		
EMCYT 140 MG CAP	NIVEL 3	
<i>fulvestrant (250 mg/5ml soln prsyr, inj soln pref syr 250 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 3	PA
<i>tamoxifen citrate (tab 10 mg (base equivalent), tab 20 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
<i>toremifene citrate tab 60 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	
ANTIMETABOLITOS		
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	NIVEL 3	
<i>hydroxyurea cap 500 mg</i>	NIVEL 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (5 PER 28 OVER TIME)
<i>mercaptopurine tab 50 mg</i>	NIVEL 2	
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	NIVEL 3	PA, LA
TABLOID 40 MG TAB	NIVEL 3	
ANTINEOPLÁSICOS, OTROS		
AYVAKIT (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
BRUKINSA 80 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
EXKIVITY 40 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (21 PER 28 OVER TIME)
IDHIFA (100 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INREBIC 100 MG CAP	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (70 PER 28 OVER TIME)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (91 PER 28 OVER TIME)
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (49 PER 28 OVER TIME)
KOSELUGO 10 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
KOSELUGO 25 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>leucovorin calcium (for inj 100 mg, for inj 350 mg, tab 10 mg, tab 15 mg, tab 25 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (100 PER 28 OVER TIME)
LONSURF 20-8.19 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (80 PER 28 OVER TIME)
LUMAKRAS 120 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
LYSODREN 500 MG TAB	NIVEL 3	
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 21 OVER TIME)
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (14 PER 28 OVER TIME)
QINLOCK 50 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
RETEVMO 40 MG CAP	NIVEL 3	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
RETEVMO 80 MG CAP	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
ROZLYTREK 100 MG CAP	NIVEL 3	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
ROZLYTREK 200 MG CAP	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	NIVEL 3	BvD
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
TAZVERIK 200 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
WELIREG 40 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (20 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (16 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (12 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (24 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (16 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (32 PER 28 OVER TIME)
ZOLINZA 100 MG CAP	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO		
<i>mesna inj 100 mg/ml</i>	NIVEL 2	
MESNEX 400 MG TAB	NIVEL 3	
VONJO 100 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN		
<i>anastrozole tab 1 mg</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>exemestane tab 25 mg</i>	NIVEL 2	
<i>letrozole tab 2.5 mg</i>	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES		
ALECENSA 150 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
ALUNBRIG 30 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
BALVERSA 3 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
BALVERSA 4 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
BALVERSA 5 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
BOSULIF 100 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
BRAFTOVI 50 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
BRAFTOVI 75 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
CAPRELSA 100 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
CAPRELSA 300 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (56 PER 28 OVER TIME)
COTELLIC 20 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (63 PER 28 OVER TIME)
DAURISMO 100 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
DAURISMO 25 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ERIVEDGE 150 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>erlotinib hcl (tab 100 mg (base equivalent), tab 150 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>erlotinib hcl tab 25 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>everolimus (tab 10 mg, tab 7.5 mg)</i>	NIVEL 2	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>everolimus (tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>everolimus (tab for oral susp 2 mg, tab for oral susp 3 mg, tab for oral susp 5 mg)</i>	NIVEL 2	PA
FARYDAK (10 MG CAP, 15 MG CAP, 20 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 21 OVER TIME)
GAVRETO 100 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
IBRANCE (100 MG CAP, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (21 PER 28 OVER TIME)
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>imatinib mesylate tab 100 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	PA, QL (8 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>imatinib mesylate tab 400 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
IMBRUVICA (280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB, 70 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
IMBRUVICA 140 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
INLYTA 1 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
INLYTA 5 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
IRESSA 250 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
JAKAFI (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (21 PER 28 OVER TIME)
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (42 PER 28 OVER TIME)
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (63 PER 28 OVER TIME)
<i>lapatinib ditosylate tab 250 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
LORBRENA 100 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
LORBRENA 25 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
MEKINIST 0.5 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
MEKINIST 2 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
MEKTOVI 15 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
NERLYNX 40 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
ODOMZO 200 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
PEMAZYRE (13.5 MG TAB, 4.5 MG TAB, 9 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (14 PER 21 OVER TIME)
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
RYDAPT 25 MG CAP	NIVEL 3	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
SCEMBLIX 20 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
SCEMBLIX 40 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
<i>sorafenib tosylate tab 200 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SPRYCEL (100 MG TAB, 140 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SPRYCEL (70 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
SPRYCEL 20 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
SPRYCEL 50 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
STIVARGA 40 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>sunitinib malate (cap 37.5 mg (base equivalent), cap 50 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sunitinib malate cap 12.5 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	PA, QL (7 PER 1 DAYS)
<i>sunitinib malate cap 25 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
TAGRISSE (40 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
TALZENNA (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
TALZENNA 0.25 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
TASIGNA (150 MG CAP, 200 MG CAP, 50 MG CAP)	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
TEPMETKO 225 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
TIBSOVO 250 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) 100 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (21 PER 28 OVER TIME)
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) 100 & 25 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (42 PER 28 OVER TIME)
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) 25 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (42 PER 28 OVER TIME)
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) 25 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (63 PER 28 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TUKYSA (150 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
TURALIO 200 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
UKONIQ 200 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VENCLEXTA 10 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
VENCLEXTA 100 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
VENCLEXTA 50 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (84 PER 365 OVER TIME)
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
VITRAKVI 100 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA, QL (10 PER 1 DAYS)
VITRAKVI 25 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
VOTRIENT 200 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
XALKORI (200 MG CAP, 250 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
XOSPATA 40 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ZEJULA 100 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ZELBORAF 240 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZYKADIA (150 MG CAP, 150 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
RETINOIDES		
<i>bexarotene cap 75 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
<i>bexarotene gel 1%</i>	NIVEL 2	PA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
PANRETIN 0.1 % GEL	NIVEL 3	PA
<i>tretinoin cap 10 mg</i>	NIVEL 2	

ANTIPARASITARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIHELMÍNTICOS		
<i>albendazole tab 200 mg</i>	NIVEL 2	
<i>ivermectin tab 3 mg</i>	NIVEL 2	QL (16 PER 365 OVER TIME)
<i>praziquantel tab 600 mg</i>	NIVEL 2	
ANTIPROTOZOICOS		
ALINIA 100 MG/5ML RECON SUSP	NIVEL 3	PA, QL (180 PER 3 OVER TIME)
<i>atovaquone susp 750 mg/5ml</i>	NIVEL 2	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (tab 250-100 mg, tab 62.5-25 mg)</i>	NIVEL 2	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	NIVEL 3	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	NIVEL 3	QL (720 PER 365 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate tab 250 mg</i>	NIVEL 2	QL (50 PER 30 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate tab 500 mg</i>	NIVEL 2	QL (25 PER 30 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPARASITARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COARTEM 20-120 MG TAB	NIVEL 3	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)
<i>hydroxychloroquine sulfate tab 200 mg</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>mefloquine hcl tab 250 mg</i>	NIVEL 2	
<i>nitazoxanide tab 500 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
<i>pentamidine isethionate for nebulization soln 300 mg</i>	NIVEL 2	BvD
<i>pentamidine isethionate for soln 300 mg</i>	NIVEL 2	
<i>primaquine phosphate (26.3 (15 base) mg tab, tab 26.3 mg (15 mg base))</i>	NIVEL 3	
<i>pyrimethamine tab 25 mg</i>	NIVEL 2	PA
<i>quinine sulfate cap 324 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (6 PER 1 DAYS)

ANTIPARKINSONIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGONISTAS DE LA DOPAMINA		
<i>apomorphine hcl soln cartridge 30 mg/3ml</i>	NIVEL 2	PA
<i>bromocriptine mesylate (cap 5 mg (base equivalent), tab 2.5 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
<i>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)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPARKINSONIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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)</i>	NIVEL 2	

ANTICOLINÉRGICOS

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

ANTIPARKINSONIANOS, OTROS

<i>amantadine hcl (cap 100 mg, soln 50 mg/5ml, tab 100 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, tabs 12.5-50-200 mg, tabs 18.75-75-200 mg, tabs 25-100-200 mg, tabs 31.25-125-200 mg, tabs 37.5-150-200 mg, tabs 50-200-200 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>entacapone tab 200 mg</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)

<i>rasagiline mesylate (tab 0.5 mg (base equiv), tab 1 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>selegiline hcl (cap 5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	

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

<i>carbidopa tab 25 mg</i>	NIVEL 2	
----------------------------	---------	--

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPARKINSONIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 TAB 10-100 MG, CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 25-100 MG, CARBIDOPA & LEVODOPA TAB 25-250 MG, CARBIDOPA & LEVODOPA TAB ER 25-100 MG, CARBIDOPA & LEVODOPA TAB ER 50-200 MG, CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250 MG TAB DISP)	NIVEL 2	

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS		
<i>chlorpromazine hcl (100 mg/ml conc, 30 mg/ml conc, 50 mg/2ml solution, inj 25 mg/ml, tab 10 mg, tab 100 mg, tab 200 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>fluphenazine decanoate inj 25 mg/ml</i>	NIVEL 2	
<i>fluphenazine hcl (2.5 mg/5ml elixir, 2.5 mg/ml solution, 5 mg/ml conc, tab 1 mg, tab 10 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>haloperidol (tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 10 mg, tab 2 mg, tab 20 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>haloperidol decanoate (soln 100 mg/ml, soln 50 mg/ml)</i>	NIVEL 2	
<i>haloperidol lactate (inj 5 mg/ml, oral conc 2 mg/ml)</i>	NIVEL 2	
<i>loxapine succinate (cap 10 mg, cap 25 mg, cap 5 mg, cap 50 mg)</i>	NIVEL 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	NIVEL 2	QL (9 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
PIMOZIDE (1 MG TAB, 2 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>thioridazine hcl (tab 10 mg, tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>thiothixene (cap 1 mg, cap 10 mg, cap 2 mg, cap 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>trifluoperazine hcl (tab 1 mg (base equivalent), tab 10 mg (base equivalent), tab 2 mg (base equivalent), tab 5 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
RESISTENTES AL TRATAMIENTO		
<i>clozapine (12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, orally disintegrating tab 100 mg, orally disintegrating tab 25 mg, tab 100 mg, tab 200 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	PA, QL (18 PER 1 DAYS)
SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	NIVEL 3	PA
<i>aripiprazole (orally disintegrating tab 10 mg, orally disintegrating tab 15 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aripiprazole (tab 10 mg, tab 15 mg, tab 20 mg, tab 30 mg)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	NIVEL 2	QL (25 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole tab 2 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
ARISTADA (1064 MG/3.9ML PRSYR, 441 MG/1.6ML PRSYR, 662 MG/2.4ML PRSYR, 882 MG/3.2ML PRSYR)	NIVEL 3	PA
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (2.4 PER 42 OVER TIME)
<i>asenapine maleate (sl tab 10 mg (base equiv), sl tab 2.5 mg (base equiv), sl tab 5 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
FANAPT (1 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
FANAPT TITRATION PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (3.5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (5 PER 180 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (0.75 PER 28 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (1.5 PER 28 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (0.25 PER 28 OVER TIME)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (0.5 PER 28 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (0.88 PER 30 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (1.32 PER 30 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (1.75 PER 30 OVER TIME)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (2.62 PER 30 OVER TIME)
LATUDA (120 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
LATUDA (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
NUPLAZID 17 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>olanzapine (for im inj 10 mg, orally disintegrating tab 10 mg, orally disintegrating tab 15 mg, orally disintegrating tab 20 mg, orally disintegrating tab 5 mg, tab 10 mg, tab 15 mg, tab 2.5 mg, tab 20 mg, tab 5 mg, tab 7.5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>paliperidone (tab er 24hr 1.5 mg, tab er 24hr 3 mg, tab er 24hr 9 mg)</i>	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>paliperidone tab er 24hr 6 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
PERSERIS (120 MG PRSYR, 90 MG PRSYR)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>quetiapine fumarate (150 mg tab, tab 100 mg, tab 200 mg, tab 25 mg, tab 300 mg, tab 400 mg, tab 50 mg, 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)</i>	NIVEL 2	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RISPERDAL CONSTA (12.5 MG SRER, 25 MG SRER, 37.5 MG SRER, 50 MG SRER)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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, soln 1 mg/ml, tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg, tab 3 mg, tab 4 mg)</i>	NIVEL 2	
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VRAYLAR (1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, QL (7 PER 30 OVER TIME)
<i>ziprasidone hcl (cap 20 mg, cap 40 mg, cap 60 mg, cap 80 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>ziprasidone mesylate for inj 20 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	NIVEL 3	PA

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)		
PREVYMIS 240 MG TAB	NIVEL 3	QL (200 PER 365 OVER TIME)
PREVYMIS 480 MG TAB	NIVEL 3	QL (100 PER 365 OVER TIME)
<i>valganciclovir hcl for soln 50 mg/ml (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 1 DAYS)
<i>valganciclovir hcl tab 450 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZIRGAN 0.15 % GEL	NIVEL 3	QL (5 PER 30 OVER TIME)
ANTIGRIPALES		
<i>oseltamivir phosphate cap 30 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate cap 45 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate cap 75 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate for susp 6 mg/ml (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	NIVEL 2	
XOFLUZA (40 MG DOSE) (1 X 40 MG TAB THPK, 2 X 20 MG TAB THPK)	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (1 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 2 X 40 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
ANTIHEPATÍTICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)		
<i>adefovir dipivoxil tab 10 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (21 PER 1 DAYS)
<i>entecavir (tab 0.5 mg, tab 1 mg)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	
<i>lamivudine tab 100 mg (hbv)</i>	NIVEL 2	
VEMLIDY 25 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
ANTIHEPATÍTICOS CONTRA LA HEPATITIS C		
EPCLUSA (150-37.5 MG PACKET, 200-50 MG TAB, 400-100 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
EPCLUSA 200-50 MG PACKET	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
HARVONI (33.75-150 MG PACKET, 45-200 MG TAB, 90-400 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HARVONI 45-200 MG PACKET	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 90-400 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
MAVYRET 100-40 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	NIVEL 3	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>ribavirin (hepatitis c) (cap 200 mg, tab 200 mg)</i>	NIVEL 2	
SOFOBUVIR-VELPATASVIR 400-100 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

ANTIHERPÉTICOS

<i>acyclovir (cap 200 mg, susp 200 mg/5ml, tab 400 mg, tab 800 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>acyclovir sodium iv soln 50 mg/ml</i>	NIVEL 2	BvD
<i>famciclovir (tab 125 mg, tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>valacyclovir hcl (tab 1 gm, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)

APRETUDE 600 MG/3ML SUSP	NIVEL 3	QL (21 PER 365 OVER TIME), BvD
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS (100 MG CHEW TAB, 25 MG CHEW TAB)	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JULUCA 50-25 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
APTIVUS 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (10 PER 1 DAYS)
APTIVUS 250 MG CAP	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (cap 150 mg (base equiv), cap 200 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate cap 300 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
CRIVAN 200 MG CAP	NIVEL 3	QL (9 PER 1 DAYS)
CRIVAN 400 MG CAP	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium tab 700 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
INVIRASE 200 MG CAP	NIVEL 3	QL (10 PER 1 DAYS)
INVIRASE 500 MG TAB	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	QL (56 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	NIVEL 2	QL (13 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	NIVEL 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
NORVIR (100 MG CAP, 100 MG PACKET)	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (15 PER 1 DAYS)
PREZCOBIX 800-150 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREZISTA 600 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	NIVEL 3	QL (5 PER 1 DAYS)
PREZISTA 800 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>ritonavir tab 100 mg</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	NIVEL 3	QL (9 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NO NUCLEOSÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NNRTI)		
COMPLERA 200-25-300 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT 25 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz cap 200 mg</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz cap 50 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz tab 600 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate (tab 400-300-300 mg, tab 600-300-300 mg)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>etravirine tab 100 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>etravirine tab 200 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 2	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER 100 MG TAB ER 24H	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine tab 200 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine tab er 24hr 100 mg</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine tab er 24hr 400 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
RESCRIPTOR 200 MG TAB	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NUCLEOSÍDICOS Y NUCLEOTÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NRTI)		
<i>abacavir sulfate soln 20 mg/ml (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate tab 300 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
DIDANOSINE (200 MG CAP DR, 250 MG CAP DR, 400 MG CAP DR)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine caps 200 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate (tab 100-150 mg, tab 133-200 mg, tab 167-250 mg, tab 200-300 mg)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine oral soln 10 mg/ml</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine tab 150 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine tab 300 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>stavudine (15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, cap 15 mg, cap 20 mg, cap 30 mg, cap 40 mg)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TEMIXYS 300-300 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate tab 300 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
VIDEX 2 GM RECON SOLN	NIVEL 3	
VIDEX EC 125 MG CAP DR	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	NIVEL 3	QL (240 PER 30 OVER TIME)
<i>zidovudine cap 100 mg</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine syrup 10 mg/ml</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine tab 300 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS		
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	NIVEL 3	QL (4 PER 30 OVER TIME), BvD
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	NIVEL 3	QL (6 PER 30 OVER TIME), BvD
FUZEON 90 MG RECON SOLN	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>maraviroc tab 150 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc tab 300 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (60 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TAB	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
TYBOST 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

BIPOLARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO		
LITHIUM 8 MEQ/5ML SOLUTION	NIVEL 2	
<i>lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 600 mg cap, cap 150 mg, cap 300 mg, cap 600 mg, tab 300 mg, tab er 300 mg, tab er 450 mg)</i>	NIVEL 2	

BUCODENTALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BUCODENTALES		
<i>chlorhexidine gluconate soln 0.12%</i>	NIVEL 2	
KEPIVANCE 6.25 MG RECON SOLN	NIVEL 3	BvD
<i>pilocarpine hcl (oral) (tab 5 mg, tab 7.5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1%</i>	NIVEL 2	

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA		
<i>clonidine (patch weekly 0.1 mg/24hr, patch weekly 0.2 mg/24hr, patch weekly 0.3 mg/24hr)</i>	NIVEL 2	
<i>clonidine hcl (tab 0.1 mg, tab 0.2 mg, tab 0.3 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>droxidopa cap 100 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (252 PER 90 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>droxidopa cap 200 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME)
<i>droxidopa cap 300 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl (tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>methyldopa (250 mg tab, 500 mg tab, tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>midodrine hcl (tab 10 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II

<i>candesartan cilexetil (tab 16 mg, tab 32 mg, tab 4 mg, tab 8 mg)</i>	NIVEL 2	
EPROSARTAN MESYLATE 600 MG TAB	NIVEL 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>irbesartan (tab 150 mg, tab 300 mg, tab 75 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>losartan potassium (tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>olmesartan medoxomil (tab 20 mg, tab 40 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>telmisartan (tab 20 mg, tab 40 mg, tab 80 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>valsartan (tab 160 mg, tab 320 mg, tab 40 mg, tab 80 mg)</i>	NIVEL 1	

ANTIARRÍTMICOS

<i>amiodarone hcl (tab 100 mg, tab 200 mg, tab 400 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>disopyramide phosphate (cap 100 mg, cap 150 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>dofetilide (cap 125 mcg (0.125 mg), cap 250 mcg (0.25 mg), cap 500 mcg (0.5 mg))</i>	NIVEL 2	
<i>flecainide acetate (tab 100 mg, tab 150 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mexiletine hcl (cap 150 mg, cap 200 mg, cap 250 mg)</i>	NIVEL 2	
MULTAQ 400 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>propafenone hcl (tab 150 mg, tab 225 mg, tab 300 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab, tab 200 mg, tab 300 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>sotalol hcl (afib/afl) (tab 120 mg, tab 160 mg, tab 80 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>sotalol hcl (tab 120 mg, tab 160 mg, tab 240 mg, tab 80 mg)</i>	NIVEL 2	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA		
<i>doxazosin mesylate (tab 1 mg, tab 2 mg, tab 4 mg, tab 8 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>prazosin hcl (cap 1 mg, cap 2 mg, cap 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>terazosin hcl (cap 1 mg (base equivalent), cap 10 mg (base equivalent), cap 2 mg (base equivalent), cap 5 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>acebutolol hcl (cap 200 mg, cap 400 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>atenolol (tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>betaxolol hcl (tab 10 mg, tab 20 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>bisoprolol fumarate (tab 10 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>carvedilol (tab 12.5 mg, tab 25 mg, tab 3.125 mg, tab 6.25 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>labetalol hcl (tab 100 mg, tab 200 mg, tab 300 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metoprolol succinate (tab er 24hr 100 mg (tartrate equiv), tab er 24hr 200 mg (tartrate equiv), tab er 24hr 25 mg (tartrate equiv), tab er 24hr 50 mg (tartrate equiv))</i>	NIVEL 2	
<i>metoprolol tartrate (tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>nadolol (tab 20 mg, tab 40 mg, tab 80 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>nebivolol hcl (tab 10 mg (base equivalent), tab 2.5 mg (base equivalent), tab 20 mg (base equivalent), tab 5 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
<i>pindolol (tab 10 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>propranolol hcl (40 mg/5ml solution, cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 160 mg, cap er 24hr 60 mg, cap er 24hr 80 mg, oral soln 20 mg/5ml, tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg, tab 60 mg, tab 80 mg)</i>	NIVEL 2	

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS

<i>amlodipine besylate (tab 10 mg (base equivalent), tab 2.5 mg (base equivalent), tab 5 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 1	
<i>felodipine (tab er 24hr 10 mg, tab er 24hr 2.5 mg, tab er 24hr 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>nicardipine hcl (cap 20 mg, cap 30 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>nifedipine (cap 10 mg, cap 20 mg, tab er 24hr 30 mg, tab er 24hr 60 mg, tab er 24hr 90 mg, tab er 24hr osmotic release 30 mg, tab er 24hr osmotic release 60 mg, tab er 24hr osmotic release 90 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>nimodipine cap 30 mg</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (1260 PER 21 OVER TIME)
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS		
<i>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 120 mg, tab 30 mg, tab 60 mg, tab 90 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl coated beads (cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 180 mg, cap er 24hr 240 mg, cap er 24hr 300 mg, cap er 24hr 360 mg, tab er 24hr 180 mg, tab er 24hr 240 mg, tab er 24hr 300 mg, tab er 24hr 360 mg, tab er 24hr 420 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl extended release beads (cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 180 mg, cap er 24hr 240 mg, cap er 24hr 300 mg, cap er 24hr 360 mg, cap er 24hr 420 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>verapamil hcl (cap er 24hr 100 mg, cap er 24hr 120 mg, cap er 24hr 180 mg, cap er 24hr 200 mg, cap er 24hr 240 mg, cap er 24hr 300 mg, tab 120 mg, tab 40 mg, tab 80 mg, tab er 120 mg, tab er 180 mg, tab er 240 mg)</i>	NIVEL 2	
VERAPAMIL HCL ER (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 360 MG CAP ER 24H)	NIVEL 2	
CARDIOVASCULARES, OTROS		
<i>acetazolamide (tab 125 mg, tab 250 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>aliskiren fumarate (tab 150 mg (base equivalent), tab 300 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 2	PA
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl (cap 10-20 mg, cap 10-40 mg, cap 2.5-10 mg, cap 5-10 mg, cap 5-20 mg, cap 5-40 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil (tab 10-20 mg, tab 10-40 mg, tab 5-20 mg, tab 5-40 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>amlodipine besylate-valsartan (tab 10-160 mg, tab 10-320 mg, tab 5-160 mg, tab 5-320 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide (tab 10-160-12.5 mg, tab 10-160-25 mg, tab 10-320-25 mg, tab 5-160-12.5 mg, tab 5-160-25 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>atenolol & chlorthalidone (tab 100-25 mg, tab 50-25 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide (tab 10-12.5 mg, tab 20-12.5 mg, tab 20-25 mg, tab 5-6.25 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide (tab 10-6.25 mg, tab 2.5-6.25 mg, tab 5-6.25 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide (tab 16-12.5 mg, tab 32-12.5 mg, tab 32-25 mg)</i>	NIVEL 2	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	NIVEL 1	
CORLANOR (5 MG TAB, 7.5 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>digoxin (0.05 mg/ml solution, oral soln 0.05 mg/ml)</i>	NIVEL 3	
<i>digoxin tab 125 mcg (0.125 mg)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin tab 250 mcg (0.25 mg)</i>	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide (tab 10-25 mg, tab 5-12.5 mg)</i>	NIVEL 1	
ENTRESTO (24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide (tab 10-12.5 mg, tab 20-12.5 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (tab 150-12.5 mg, tab 300-12.5 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide (tab 10-12.5 mg, tab 20-12.5 mg, tab 20-25 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide (tab 100-12.5 mg, tab 100-25 mg, tab 50-12.5 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide (tab 100-25 mg, tab 100-50 mg, tab 50-25 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>metyrosine cap 250 mg</i>	NIVEL 2	
<i>olmesartan medoxomil-amlodipine-hydrochlorothiazide (tab 20-5-12.5 mg, tab 40-10-12.5 mg, tab 40-10-25 mg, tab 40-5-12.5 mg, tab 40-5-25 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide (tab 20-12.5 mg, tab 40-12.5 mg, tab 40-25 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>pentoxifylline tab er 400 mg</i>	NIVEL 2	
PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (tab 10-12.5 mg, tab 20-12.5 mg, tab 20-25 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>ranolazine (tab er 12hr 1000 mg, tab er 12hr 500 mg)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	NIVEL 2	
TEKTRNA HCT (150-12.5 MG TAB, 150-25 MG TAB, 300-12.5 MG TAB, 300-25 MG TAB)	NIVEL 3	PA
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide (tab 40-12.5 mg, tab 80-12.5 mg, tab 80-25 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide (cap 37.5-25 mg, tab 37.5-25 mg, tab 75-50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (tab 160-12.5 mg, tab 160-25 mg, tab 320-12.5 mg, tab 320-25 mg, tab 80-12.5 mg)</i>	NIVEL 1	
VYNDAMAX 61 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)

DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO

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

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

<i>atorvastatin calcium (tab 10 mg (base equivalent), tab 20 mg (base equivalent), tab 40 mg (base equivalent), tab 80 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 1	
<i>fluvastatin sodium (cap 20 mg (base equivalent), cap 40 mg (base equivalent))</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluvastatin sodium tab er 24 hr 80 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	
<i>lovastatin (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>pravastatin sodium (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg, tab 80 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>rosuvastatin calcium (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>simvastatin (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg, tab 5 mg, tab 80 mg)</i>	NIVEL 1	
DISLIPIDÉMICOS, OTROS		
<i>cholestyramine (powder 4 gm/dose, powder packets 4 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>cholestyramine light (powder 4 gm/dose, powder packets 4 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>colesevelam hcl (packet for susp 3.75 gm, tab 625 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>colestipol hcl (granule packets 5 gm, granules 5 gm, tab 1 gm)</i>	NIVEL 2	
<i>ezetimibe tab 10 mg</i>	NIVEL 2	
<i>ezetimibe-simvastatin (tab 10-10 mg, tab 10-20 mg, tab 10-40 mg, tab 10-80 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>icosapent ethyl cap 0.5 gm</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>icosapent ethyl cap 1 gm</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
JUXTAPID (40 MG CAP, 60 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
JUXTAPID 10 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
JUXTAPID 20 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
JUXTAPID 30 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JUXTAPID 5 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>niacin (antihyperlipidemic) (tab er 1000 mg (antihyperlipidemic), tab er 750 mg (antihyperlipidemic))</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	NIVEL 2	
<i>niacin tab er 500 mg (antihyperlipidemic)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	NIVEL 2	
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	NIVEL 3	PA, QL (3.5 PER 28 OVER TIME)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
VASCEPA 0.5 GM CAP	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)

DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO

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

DIURÉTICOS, ASA

<i>bumetanide (inj 0.25 mg/ml, tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>furosemide (8 mg/ml solution, inj 10 mg/ml, oral soln 10 mg/ml)</i>	NIVEL 2	
<i>furosemide (tab 20 mg, tab 40 mg, tab 80 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>toremide (tab 10 mg, tab 100 mg, tab 20 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DIURÉTICOS, TIAZIDAS		
<i>chlorothiazide (500 mg tab, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>chlorthalidone (tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrochlorothiazide (cap 12.5 mg, tab 12.5 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>indapamide (tab 1.25 mg, tab 2.5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>metolazone (tab 10 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)		
<i>benazepril hcl (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>captopril (tab 100 mg, tab 12.5 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>enalapril maleate (tab 10 mg, tab 2.5 mg, tab 20 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>fosinopril sodium (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>lisinopril (tab 10 mg, tab 2.5 mg, tab 20 mg, tab 30 mg, tab 40 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>moexipril hcl (tab 15 mg, tab 7.5 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>perindopril erbumine (tab 2 mg, tab 4 mg, tab 8 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>quinapril hcl (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 40 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>ramipril (cap 1.25 mg, cap 10 mg, cap 2.5 mg, cap 5 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>trandolapril (tab 1 mg, tab 2 mg, tab 4 mg)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VASODILADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA		
<i>hydralazine hcl (tab 10 mg, tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>minoxidil (tab 10 mg, tab 2.5 mg)</i>	NIVEL 2	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
<i>isosorbide dinitrate (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 30 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
ISOSORBIDE DINITRATE ER 40 MG TAB ER	NIVEL 2	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab, tab 10 mg, tab 20 mg, tab er 24hr 120 mg, tab er 24hr 30 mg, tab er 24hr 60 mg)</i>	NIVEL 2	
NITRO-BID 2 % OINTMENT	NIVEL 3	
<i>nitroglycerin (sl tab 0.3 mg, sl tab 0.4 mg, sl tab 0.6 mg, td patch 24hr 0.1 mg/hr, td patch 24hr 0.2 mg/hr, td patch 24hr 0.4 mg/hr, td patch 24hr 0.6 mg/hr)</i>	NIVEL 2	
NITROSTAT (0.3 MG SL TAB, 0.4 MG SL TAB, 0.6 MG SL TAB)	NIVEL 3	
RECTIV 0.4 % OINTMENT	NIVEL 3	QL (30 PER 30 OVER TIME)

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
<i>acitretin (cap 10 mg, cap 17.5 mg, cap 25 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>adapalene gel 0.1%</i>	NIVEL 2	PA
<i>isotretinoin (cap 10 mg, cap 20 mg, cap 30 mg, cap 40 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tazarotene cream 0.1%</i>	NIVEL 2	
TAZORAC 0.05 % CREAM	NIVEL 3	
<i>tretinoin (cream 0.025%, cream 0.05%, cream 0.1%, gel 0.01%, gel 0.025%)</i>	NIVEL 2	PA
ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS		
<i>acyclovir oint 5%</i>	NIVEL 2	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>ciclopirox solution 8%</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate (topical) (gel 1%, lotion 1%, soln 1%)</i>	NIVEL 2	
ERY 2 % PAD	NIVEL 2	
<i>erythromycin (acne aid) (gel 2%, soln 2%)</i>	NIVEL 2	
<i>mupirocin oint 2%</i>	NIVEL 2	
SULFAMYLON 85 MG/GM CREAM	NIVEL 3	
DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
<i>alclometasone dipropionate oint 0.05%</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate (topical) (cream 0.05%, lotion 0.05%)</i>	NIVEL 2	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUG 0.05 % GEL	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate augmented oint 0.05%</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone valerate (cream 0.1% (base equivalent), lotion 0.1% (base equivalent), oint 0.1% (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
<i>clobetasol propionate (cream 0.05%, gel 0.05%, oint 0.05%, soln 0.05%)</i>	NIVEL 2	
<i>clobetasol propionate emollient base cream 0.05%</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>desonide (cream 0.05%, oint 0.05%)</i>	NIVEL 2	
<i>desoximetasone (cream 0.25%, oint 0.25%)</i>	NIVEL 2	
<i>fluocinolone acetonide (cream 0.01%, cream 0.025%, oil 0.01% (body oil), oil 0.01% (scalp oil), oint 0.025%, soln 0.01%)</i>	NIVEL 2	
<i>fluocinonide (cream 0.05%, gel 0.05%, oint 0.05%, soln 0.05%)</i>	NIVEL 2	
<i>fluocinonide emulsified base cream 0.05%</i>	NIVEL 2	
<i>fluticasone propionate (cream 0.05%, oint 0.005%)</i>	NIVEL 2	
<i>halobetasol propionate (cream 0.05%, oint 0.05%)</i>	NIVEL 2	QL (200 PER 28 OVER TIME)
<i>hydrocortisone (rectal) (cream 1%, cream 2.5%)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone (topical) (cream 2.5%, lotion 2.5%, oint 1%, oint 2.5%)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone butyrate (0.1 % solution, soln 0.1%)</i>	NIVEL 2	ST
<i>hydrocortisone valerate cream 0.2%</i>	NIVEL 2	ST
<i>lactic acid (ammonium lactate) (cream 12%, lotion 12%)</i>	NIVEL 2	
<i>mometasone furoate solution 0.1% (lotion)</i>	NIVEL 2	
<i>selenium sulfide lotion 2.5%</i>	NIVEL 2	
<i>tacrolimus (topical) (oint 0.03%, oint 0.1%)</i>	NIVEL 2	ST, QL (100 PER 30 OVER TIME)
<i>triamcinolone acetonide (topical) (cream 0.025%, cream 0.1%, cream 0.5%, lotion 0.025%, lotion 0.1%, oint 0.025%, oint 0.1%, oint 0.5%)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DERMATOLÓGICOS, OTROS		
<i>calcipotriene (cream 0.005%, oint 0.005%, soln 0.005% (50 mcg/ml))</i>	NIVEL 2	
<i>clotrimazole w/ betamethasone (cream 1-0.05%, lotion 1-0.05%)</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium (actinic keratoses) gel 3%</i>	NIVEL 2	PA, QL (300 PER 365 OVER TIME)
FLUOROURACIL (2 % SOLUTION, 5 % SOLUTION)	NIVEL 2	
<i>fluorouracil cream 5%</i>	NIVEL 2	
<i>imiquimod cream 5%</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>nystatin-triamcinolone (cream 100000-0.1 unit/gm-%, oint 100000-0.1 unit/gm-%)</i>	NIVEL 2	
OTEZLA 30 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>podofilox soln 0.5%</i>	NIVEL 2	
REGRANEX 0.01 % GEL	NIVEL 3	PA, QL (15 PER 2 OVER TIME)
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 3	QL (180 PER 30 OVER TIME)
<i>silver sulfadiazine cream 1%</i>	NIVEL 2	
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	NIVEL 3	PA
STELARA 130 MG/26ML SOLUTION	NIVEL 3	PA
TOLAK 4 % CREAM	NIVEL 3	
PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS		
LINDANE 1 % SHAMPOO	NIVEL 2	
<i>malathion lotion 0.5%</i>	NIVEL 3	
<i>permethrin cream 5%</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES		
<i>deferasirox (tab 180 mg, tab 360 mg, tab 90 mg, tab for oral susp 125 mg, tab for oral susp 250 mg, tab for oral susp 500 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>deferiprone tab 1000 mg</i>	NIVEL 2	PA
<i>deferiprone tab 500 mg</i>	NIVEL 2	PA, LA
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA
<i>trientine hcl cap 250 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
QUELANTES DE FOSFATO		
AURYXIA 1 GM 210 MG(Fe) TAB	NIVEL 3	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>calcium acetate (phosphate binder) (cap 667 mg (169 mg ca), tab 667 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>sevelamer carbonate tab 800 mg</i>	NIVEL 2	
QUELANTES DE POTASIO		
<i>sodium polystyrene sulfonate (*powder**, oral susp 15 gm/60ml)</i>	NIVEL 2	
SPS 15 GM/60ML SUSPENSION	NIVEL 2	
VELTASSA (16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET, 8.4 GM PACKET)	NIVEL 3	
SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES		
<i>*amino acid electrolyte infusion 8.5%***</i>	NIVEL 2	BvD
<i>*amino acid infusion 15%***</i>	NIVEL 2	BvD
AMINOSYN (10 % SOLUTION, 8.5 % SOLUTION)	NIVEL 2	BvD
AMINOSYN II (10 % SOLUTION, 8.5 % SOLUTION)	NIVEL 2	BvD
AMINOSYN II 15 % SOLUTION	NIVEL 3	BvD
AMINOSYN-HBC 7 % SOLUTION	NIVEL 3	BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AMINOSYN-PF 10 % SOLUTION	NIVEL 2	BvD
AMINOSYN-PF 7 % SOLUTION	NIVEL 3	BvD
AMINOSYN-RF 5.2 % SOLUTION	NIVEL 2	BvD
AMINOSYN/ELECTROLYTES (AMINOSYN/ELECTROLYTES 7 % SOLUTION, AMINOSYN/ELECTROLYTES 8.5 % SOLUTION)	NIVEL 2	BvD
<i>carglumic acid soluble tab 200 mg</i>	NIVEL 2	PA, LA
CRYSVITA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
CRYSVITA 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
CRYSVITA 30 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 28 OVER TIME)
FREAMINE III 10 % SOLUTION	NIVEL 2	BvD
HEPATAMINE 8 % SOLUTION	NIVEL 3	BvD
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	NIVEL 3	BvD
KCL IN DEXTROSE-NACL (20-5-0.225 MEQ/L-%-% SOLUTION, 20-5-0.33 MEQ/L-%-% SOLUTION, 40-5-0.9 MEQ/L-%-% SOLUTION)	NIVEL 2	
NORMOSOL-M IN D5W SOLUTION	NIVEL 2	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	NIVEL 3	BvD
<i>potassium chloride (10 meq/100ml solution, 20 meq/100ml solution, 40 meq/100ml solution, cap er 10 meq, cap er 8 meq, inj 10 meq/100ml, inj 2 meq/ml, inj 20 meq/100ml, inj 40 meq/100ml, oral soln 10% (20 meq/15ml), oral soln 20% (40 meq/15ml), tab er 10 meq, tab er 20 meq (1500 mg), tab er 8 meq (600 mg))</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ TAB ER	NIVEL 2	
<i>potassium chloride in dextrose & sodium chloride (20 meq/l (0.15%) in dextrose 5%nacl 0.2% inj, 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5%nacl 0.45% inj, 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5%nacl 0.9% inj)</i>	NIVEL 2	
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL (20-0.9 MEQ/L-% SOLUTION, 40-0.9 MEQ/L-% SOLUTION, KCL 20 MEQ/L (0.15%)0.9% INJ, KCL 40 MEQ/L (0.3%)0.9% INJ)	NIVEL 2	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er (crys er tab 10 meq, crys er tab 15 meq, crys er tab 20 meq)</i>	NIVEL 2	
<i>potassium citrate (alkalinizer) (tab er 10 meq (1080 mg), tab er 15 meq (1620 mg), tab er 5 meq (540 mg))</i>	NIVEL 2	
PREMASOL 10 % SOLUTION	NIVEL 2	BvD
<i>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%)</i>	NIVEL 2	
SYNTHAMIN 17 10 % SOLUTION	NIVEL 2	BvD
TRAVASOL 10 % SOLUTION	NIVEL 2	BvD
TROPHAMINE 10 % SOLUTION	NIVEL 2	BvD
VITAMINAS		
<i>dextrose (inj 10%, inj 5%)</i>	NIVEL 2	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dextrose w/ sodium chloride (2.5% w/ sodium chloride 0.45%, 5% w/ sodium chloride 0.2%, 5% w/ sodium chloride 0.225%, 5% w/ sodium chloride 0.3%, 5% w/ sodium chloride 0.33%, 5% w/ sodium chloride 0.45%, 5% w/ sodium chloride 0.9%)</i>	NIVEL 2	
DEXTROSE-NACL (10-0.2 % SOLUTION, 10-0.45 % SOLUTION, 2.5-0.45 % SOLUTION, 5-0.225 % SOLUTION, 5-0.3 % SOLUTION)	NIVEL 2	
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE (5-0.225 % SOLUTION, 5-0.3 % SOLUTION)	NIVEL 2	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	NIVEL 2	
<i>lactated ringer's for irrigation</i>	NIVEL 2	
<i>lactated ringer's solution</i>	NIVEL 2	
LACTATED RINGERS SOLUTION	NIVEL 2	
<i>levocarnitine tab 330 mg</i>	NIVEL 2	
NEONATAL PLUS 27-1 MG TAB	NIVEL 3	
POTASSIUM CHLORIDE IN DEXTROSE (20 MEQ/L (0.15%)5% INJ, 40-5 MEQ/L-% SOLUTION)	NIVEL 2	
PRENATAL PLUS 27-1 MG TAB	NIVEL 3	
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL 27-1 MG TAB	NIVEL 3	
<i>prenatal vitamins</i>	NIVEL 3	
<i>ringer's solution</i>	NIVEL 2	
<i>ringer's solution for irrigation</i>	NIVEL 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	NIVEL 3	BvD
<i>sodium fluoride (chew tab 0.25 mg f (from 0.55 mg naf), chew tab 0.5 mg f (from 1.1 mg naf), chew tab 1 mg f (from 2.2 mg naf), soln 0.5 mg/ml f (from 1.1 mg/ml naf))</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TPN ELECTROLYTES CONC	NIVEL 3	BvD

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AMINOSALICILATOS		
<i>balsalazide disodium cap 750 mg</i>	NIVEL 2	
<i>mesalamine (cap er 24hr 0.375 gm, tab delayed release 1.2 gm)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine (enema 4 gm, suppos 1000 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>sulfasalazine (tab 500 mg, tab delayed release 500 mg)</i>	NIVEL 2	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>budesonide delayed release particles cap 3 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>budesonide tab er 24hr 9 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>hydrocortisone (tab 10 mg, tab 20 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone enema 100 mg/60ml</i>	NIVEL 2	

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
<i>alendronate sodium (40 mg tab, 5 mg tab, tab 10 mg, tab 35 mg, tab 5 mg, tab 70 mg)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcitonin (salmon) nasal soln 200 unit/act</i>	NIVEL 2	QL (3.7 PER 30 OVER TIME)
<i>calcitriol (1 mcg/ml solution, cap 0.25 mcg, cap 0.5 mcg, oral soln 1 mcg/ml)</i>	NIVEL 2	BvD
<i>cinacalcet hcl (tab 30 mg (base equiv), tab 60 mg (base equiv), tab 90 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	BvD
<i>doxercalciferol (cap 0.5 mcg, cap 1 mcg, cap 2.5 mcg, inj 4 mcg/2ml (2 mcg/ml))</i>	NIVEL 2	BvD
ETIDRONATE DISODIUM 200 MG TAB	NIVEL 2	
FORTEO 600 MCG/2.4ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA
<i>ibandronate sodium iv soln 3 mg/3ml (base equivalent)</i>	NIVEL 2	PA
<i>ibandronate sodium tab 150 mg (base equivalent)</i>	NIVEL 2	
NATPARA (100 MCG CARTRIDGE, 25 MCG CARTRIDGE, 50 MCG CARTRIDGE, 75 MCG CARTRIDGE)	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
<i>paricalcitol (cap 1 mcg, cap 2 mcg, cap 4 mcg, iv soln 2 mcg/ml, iv soln 5 mcg/ml)</i>	NIVEL 2	BvD
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA
<i>risedronate sodium (tab 150 mg, tab 35 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (1.56 PER 28 OVER TIME)
XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, QL (1.7 PER 28 OVER TIME)
<i>zoledronic acid (4 mg recon soln, 4 mg/100ml solution, inj conc for iv infusion 4 mg/5ml, iv soln 5 mg/100ml)</i>	NIVEL 2	BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

GASTROINTESTINALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)		
<i>cimetidine (tab 200 mg, tab 300 mg, tab 400 mg, tab 800 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>cimetidine hcl (300 mg/5ml solution, soln 300 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	
<i>famotidine (tab 20 mg, tab 40 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>nizatidine (150 mg cap, 300 mg cap, cap 150 mg, cap 300 mg)</i>	NIVEL 2	
ANTIDIARREICOS		
<i>alosetron hcl (tab 0.5 mg (base equiv), tab 1 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	PA
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	NIVEL 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	NIVEL 2	
<i>loperamide hcl cap 2 mg</i>	NIVEL 2	
XERMELO 250 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES		
<i>dicyclomine hcl (cap 10 mg, tab 20 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>glycopyrrolate (tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	
ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
AMITIZA (24 MCG CAP, 8 MCG CAP)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lactulose (encephalopathy) solution 10 gm/15ml</i>	NIVEL 2	
<i>lactulose solution 10 gm/15ml</i>	NIVEL 2	
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
LUBIPROSTONE (24 MCG CAP, 8 MCG CAP)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

GASTROINTESTINALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	NIVEL 2	
RELISTOR (12 MG/0.6ML SOLUTION, 8 MG/0.4ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	NIVEL 2	
SUPREP BOWEL PREP KIT 17.5-3.13-1.6 GM/177ML SOLUTION	NIVEL 3	
GASTROINTESTINALES, OTROS		
GATTEX 5 MG KIT	NIVEL 3	PA, LA
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	NIVEL 2	
MYALEPT 11.3 MG RECON SOLN	NIVEL 3	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate (soln 236 gm, soln 240 gm)</i>	NIVEL 2	
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	NIVEL 3	PA
<i>ursodiol (cap 300 mg, tab 250 mg, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>lansoprazole cap delayed release 15 mg</i>	NIVEL 2	
<i>lansoprazole cap delayed release 30 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>omeprazole (cap delayed release 10 mg, cap delayed release 20 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>omeprazole cap delayed release 40 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pantoprazole sodium ec tab 20 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

GASTROINTESTINALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pantoprazole sodium ec tab 40 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>rabeprazole sodium ec tab 20 mg</i>	NIVEL 2	
PROTECTORES		
<i>misoprostol (tab 100 mcg, tab 200 mcg)</i>	NIVEL 2	
<i>sucralfate tab 1 gm</i>	NIVEL 2	

GENITOURINARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS		
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	
<i>oxybutynin chloride (syrup 5 mg/5ml, tab 5 mg, tab er 24hr 10 mg, tab er 24hr 15 mg, tab er 24hr 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>solifenacin succinate (tab 10 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tolterodine tartrate (cap er 24hr 2 mg, cap er 24hr 4 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	ST
<i>tropium chloride tab 20 mg</i>	NIVEL 2	
GENITOURINARIOS, OTROS		
<i>bethanechol chloride (tab 10 mg, tab 25 mg, tab 5 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>penicillamine tab 250 mg</i>	NIVEL 2	PA
THIOLA EC (100 MG TAB DR, 300 MG TAB DR)	NIVEL 3	PA, LA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

GENITOURINARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
<i>alfuzosin hcl tab er 24hr 10 mg</i>	NIVEL 2	
<i>dutasteride cap 0.5 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>finasteride tab 5 mg</i>	NIVEL 2	
<i>silodosin (cap 4 mg, cap 8 mg)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tamsulosin hcl cap 0.4 mg</i>	NIVEL 2	

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTICOAGULANTES		
<i>dabigatran etexilate mesylate (cap 150 mg (base eq), cap 75 mg (base eq))</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (inj 300 mg/3ml, inj soln pref syr 100 mg/ml, inj soln pref syr 150 mg/ml)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (inj soln pref syr 120 mg/0.8ml, inj soln pref syr 80 mg/0.8ml)</i>	NIVEL 2	QL (48 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr 30 mg/0.3ml</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr 40 mg/0.4ml</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr 60 mg/0.6ml</i>	NIVEL 2	QL (36 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj 10 mg/0.8ml</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj 2.5 mg/0.5ml</i>	NIVEL 2	QL (15 PER 30 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj 5 mg/0.4ml</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 30 OVER TIME)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj 7.5 mg/0.6ml</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>heparin sodium (porcine) (inj 1000 unit/ml, inj 10000 unit/ml, inj 20000 unit/ml, inj 5000 unit/ml)</i>	NIVEL 2	BvD
PRADAXA (110 MG CAP, 150 MG CAP, 75 MG CAP)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>warfarin sodium (tab 1 mg, tab 10 mg, tab 2 mg, tab 2.5 mg, tab 3 mg, tab 4 mg, tab 5 mg, tab 6 mg, tab 7.5 mg)</i>	NIVEL 2	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 3	QL (20 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
ZONTIVITY 2.08 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS

<i>anagrelide hcl (cap 0.5 mg, cap 1 mg)</i>	NIVEL 2	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 500 MCG/ML SOLN PRSYR, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 60 MCG/ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MOZOBIL 24 MG/1.2ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA
PROMACTA (12.5 MG PACKET, 12.5 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
PROMACTA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
PROMACTA 25 MG PACKET	NIVEL 3	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
PROMACTA 75 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA

HEMOSTÁTICOS

<i>tranexamic acid iv soln 1000 mg/10ml (100 mg/ml)</i>	NIVEL 2	
<i>tranexamic acid tab 650 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)

MODIFICADORES PLAQUETARIOS

<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	NIVEL 2	
BRILINTA (60 MG TAB, 90 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
CABLIVI 11 MG KIT	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>cilostazol (tab 100 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>clopidogrel bisulfate tab 75 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dipyridamole (tab 25 mg, tab 50 mg, tab 75 mg)</i>	NIVEL 2	PA
OXBRYTA (300 MG TAB SOL, 500 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (5 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>prasugrel hcl (tab 10 mg (base equiv), tab 5 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
TAVALISSE (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
<i>desmopressin acetate (inj 4 mcg/ml, preservative free (pf) inj 4 mcg/ml, tab 0.1 mg, tab 0.2 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>desmopressin acetate nasal spray soln 0.01%</i>	NIVEL 2	
<i>desmopressin acetate nasal spray soln 0.01% (refrigerated)</i>	NIVEL 2	
EGRIFTA 1 MG RECON SOLN	NIVEL 3	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLN	NIVEL 3	PA, LA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA
NORDITROPIN FLEXPEN (10 MG/1.5ML SOLN PEN, 15 MG/1.5ML SOLN PEN, 30 MG/3ML SOLN PEN, 5 MG/1.5ML SOLN PEN)	NIVEL 3	PA
SEROSTIM (4 MG RECON SOLN, 5 MG RECON SOLN, 6 MG RECON SOLN)	NIVEL 3	PA, LA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANDRÓGENOS		
ANDRODERM (2 MG/24HR PATCH 24HR, 4 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>danazol (cap 100 mg, cap 200 mg, cap 50 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel, td gel 12.5 mg/act (1%), td gel 25 mg/2.5gm (1%), td gel 50 mg/5gm (1%))</i>	NIVEL 2	PA, QL (300 PER 30 OVER TIME)
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution, im inj in oil 100 mg/ml, im inj in oil 200 mg/ml)</i>	NIVEL 2	
<i>testosterone enanthate (200 mg/ml solution, im inj in oil 200 mg/ml)</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 30 OVER TIME)
ESTEROIDES ANABOLIZANTES		
ANADROL-50 50 MG TAB	NIVEL 3	
<i>oxandrolone (tab 10 mg, tab 2.5 mg)</i>	NIVEL 2	
ESTRÓGENOS		
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	NIVEL 3	
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	NIVEL 2	
<i>desogest-ethin est tab 0.1-0.025/0.125-0.025/0.15-0.025mg-mg</i>	NIVEL 2	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	NIVEL 2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (tab 3-0.02 mg, tab 3-0.03 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>estradiol (patch twice weekly 0.025 mg/24hr, patch twice weekly 0.0375 mg/24hr, patch twice weekly 0.05 mg/24hr, patch twice weekly 0.075 mg/24hr, patch twice weekly 0.1 mg/24hr)</i>	NIVEL 2	PA, QL (16 PER 28 OVER TIME)
<i>estradiol (patch weekly 0.025 mg/24hr, patch weekly 0.0375 mg/24hr (37.5 mcg/24hr), patch weekly 0.05 mg/24hr, patch weekly 0.06 mg/24hr, patch weekly 0.075 mg/24hr, patch weekly 0.1 mg/24hr)</i>	NIVEL 2	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
<i>estradiol (tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>estradiol vaginal (cream 0.1 mg/gm, tab 10 mcg)</i>	NIVEL 2	
ESTRING 2 MG RING	NIVEL 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
<i>ethynodiol diacet & eth estrad (ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg, ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg)</i>	NIVEL 2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 28 OVER TIME)
<i>levonorgestrel & eth estradiol (ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg, ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg)</i>	NIVEL 2	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	NIVEL 2	
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	NIVEL 2	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	NIVEL 3	PA
<i>norethin acet & estrad-fe (ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg, ethinyl estradiol-fe tab 1.5 mg-30 mcg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>norethindrone & eth estradiol (ethinyl estradiol tab 0.4 mg-35 mcg, ethinyl estradiol tab 0.5 mg-35 mcg, ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg)</i>	NIVEL 2	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	NIVEL 2	
<i>norethindrone acet & eth estra (ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg, ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg)</i>	NIVEL 2	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	NIVEL 2	PA
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	NIVEL 2	PA
<i>norethindrone-eth estradiol (triphasic) (tab 0.5-35/0.75-35/1-35 mg-mcg, tab 0.5-35/1-35/0.5-35 mg-mcg)</i>	NIVEL 2	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	NIVEL 2	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	NIVEL 2	
<i>norgestrel & ethinyl estradiol tab 0.3 mg-30 mcg</i>	NIVEL 2	
PREMARIN (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)	NIVEL 3	PA
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	NIVEL 3	
PREMPHASE 0.625-5 MG TAB	NIVEL 3	PA
PREMPRO (0.3-1.5 MG TAB, 0.45-1.5 MG TAB, 0.625-2.5 MG TAB, 0.625-5 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS		
OSPHEA 60 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>raloxifene hcl tab 60 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
PROGESTINAS		
DEPO-PROVERA 400 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE 1.25 GM/5ML SOLUTION	NIVEL 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) (susp 150 mg/ml, susp prefilled syr 150 mg/ml)</i>	NIVEL 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (tab 10 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>megestrol acetate (susp 40 mg/ml, tab 20 mg, tab 40 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>megestrol acetate susp 625 mg/5ml</i>	NIVEL 2	PA
<i>norethindrone acetate tab 5 mg</i>	NIVEL 2	
<i>norethindrone tab 0.35 mg</i>	NIVEL 2	
<i>progesterone (cap 100 mg, cap 200 mg)</i>	NIVEL 2	

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
ACTHAR 80 UNIT/ML GEL	NIVEL 3	PA, LA
<i>alclometasone dipropionate cream 0.05%</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>betamethasone dipropionate augmented (cream 0.05%, lotion 0.05%)</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate oint 0.05%</i>	NIVEL 2	
<i>clobetasol propionate emollient base cream 0.05%</i>	NIVEL 2	
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	NIVEL 2	
CORTROPHIN 80 UNIT/ML GEL	NIVEL 3	PA, LA
<i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, elixir 0.5 mg/5ml, tab 0.5 mg, tab 0.75 mg, tab 1.5 mg, tab 2 mg, tab 4 mg, tab 6 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>dexamethasone sodium phosphate (inj 10 mg/ml, inj 100 mg/10ml, sod phosphate preservative free inj 10 mg/ml)</i>	NIVEL 2	BvD
<i>dexamethasone sodium phosphate (inj 120 mg/30ml, inj 20 mg/5ml, inj 4 mg/ml)</i>	NIVEL 2	
<i>fludrocortisone acetate tab 0.1 mg</i>	NIVEL 2	
HEMADY 20 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydrocortisone butyrate oint 0.1%</i>	NIVEL 2	ST
<i>hydrocortisone valerate oint 0.2%</i>	NIVEL 2	
KORLYM 300 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>methylprednisolone (tab 16 mg, tab 32 mg, tab 4 mg, tab 8 mg, tab therapy pack 4 mg (21))</i>	NIVEL 2	
<i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, inj susp 40 mg/ml, inj susp 80 mg/ml)</i>	NIVEL 2	
<i>methylprednisolone sod succ (inj 125 mg (base equiv), inj 40 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mometasone furoate (cream 0.1%, oint 0.1%)</i>	NIVEL 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE (25 MG/5ML SOLUTION, SOD PHOSPH ORAL SOLN 6.7 MG/5ML (5 MG/5ML BASE))	NIVEL 2	
<i>prednisolone soln 15 mg/5ml</i>	NIVEL 2	
<i>prednisone (5 mg/5ml solution, tab 1 mg, tab 10 mg, tab 2.5 mg, tab 20 mg, tab 5 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	NIVEL 2	

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
<i>levothyroxine sodium (tab 100 mcg, tab 112 mcg, tab 125 mcg, tab 137 mcg, tab 150 mcg, tab 175 mcg, tab 200 mcg, tab 25 mcg, tab 300 mcg, tab 50 mcg, tab 75 mcg, tab 88 mcg)</i>	NIVEL 2	
<i>liothyronine sodium (tab 25 mcg, tab 5 mcg, tab 50 mcg)</i>	NIVEL 2	
SYNTHROID (100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 25 MCG TAB, 300 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HORMONALES, SUPRESORES (HIPOFISARIOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HORMONALES, SUPRESORES (HIPOFISARIOS)		
<i>cabergoline tab 0.5 mg</i>	NIVEL 2	QL (16 PER 30 OVER TIME)
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 MG/VIAL RECON SOLN	NIVEL 3	
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	NIVEL 3	
LANREOTIDE ACETATE 120 MG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 3	PA
<i>leuprolide acetate inj kit 5 mg/ml</i>	NIVEL 2	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	NIVEL 3	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	NIVEL 3	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	NIVEL 3	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	NIVEL 3	
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) (11.25 MG KIT, 15 MG KIT, 7.5 MG KIT)	NIVEL 3	
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) (11.25 MG (PED) KIT, 30 MG (PED) KIT)	NIVEL 3	
<i>octreotide acetate (100 mcg/ml soln prsyr, 1000 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 50 mcg/ml soln prsyr, 500 mcg/ml soln prsyr, inj 100 mcg/ml (0.1 mg/ml), inj 1000 mcg/ml (1 mg/ml), inj 200 mcg/ml (0.2 mg/ml), inj 50 mcg/ml (0.05 mg/ml), inj 500 mcg/ml (0.5 mg/ml))</i>	NIVEL 2	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
SANDOSTATIN LAR DEPOT (10 MG KIT, 20 MG KIT, 30 MG KIT)	NIVEL 3	PA
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

HORMONALES, SUPRESORES (HIPOFISARIOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SOMATULINE DEPOT (60 MG/0.2ML SOLUTION, 90 MG/0.3ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	
TRELSTAR MIXJECT (11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP, 3.75 MG RECON SUSP)	NIVEL 3	BvD

HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTITIROIDEOS		
<i>methimazole (tab 10 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>propylthiouracil tab 50 mg</i>	NIVEL 2	

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
BERINERT 500 UNIT KIT	NIVEL 3	PA, LA
CINRYZE 500 UNIT RECON SOLN	NIVEL 3	PA, LA
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	NIVEL 3	PA, LA
<i>icatibant acetate inj 30 mg/3ml (base equivalent)</i>	NIVEL 2	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
RUCONEST 2100 UNIT RECON SOLN	NIVEL 3	PA, LA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INMUNOESTIMULANTES		
ACTIMMUNE 2000000 UNIT/0.5ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA
INTRON A (10000000 UNIT RECON SOLN, 10000000 UNIT/ML SOLUTION, 18000000 UNIT RECON SOLN, 50000000 UNIT RECON SOLN, 6000000 UNIT/ML SOLUTION)	NIVEL 3	LA
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 30 OVER TIME)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 30 OVER TIME)
PEGASYS PROCLICK 180 MCG/0.5ML SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 30 OVER TIME)
SYLATRON (200 MCG KIT, 300 MCG KIT, 600 MCG KIT)	NIVEL 3	LA
INMUNOGLOBULINAS		
BIVIGAM (10 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA, LA
FLEBOGAMMA DIF (0.5 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 2.5 GM/50ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA
GAMMAGARD (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 30 GM/300ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA (10 GM RECON SOLN, 5 GM RECON SOLN)	NIVEL 3	PA
GAMMAKED (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GAMMAPLEX (10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA, LA
GAMMAPLEX 10 GM/200ML SOLUTION	NIVEL 3	PA
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA, LA
PRIVIGEN (10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA
VARIZIG 125 UNIT/1.2ML SOLUTION	NIVEL 3	

INMUNOLÓGICOS, OTROS

ARCALYST 220 MG RECON SOLN	NIVEL 3	PA, LA
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
ILARIS 150 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA
OTEZLA 10 & 20 & 30 MG TAB THPK	NIVEL 3	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREF SY KT	NIVEL 3	PA
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA
STELARA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION, 90 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TALTZ (80 MG/ML SOLN A-INJ, 80 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
XELJANZ (10 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
XOLAIR (150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA, LA
INMUNOSUPRESORES		
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	NIVEL 2	BvD
<i>azathioprine tab 50 mg</i>	NIVEL 2	BvD
<i>cyclosporine (cap 100 mg, cap 25 mg, iv soln 50 mg/ml)</i>	NIVEL 2	BvD
<i>cyclosporine modified (for microemulsion) (cap 100 mg, cap 25 mg, cap 50 mg, oral soln 100 mg/ml)</i>	NIVEL 2	BvD
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MG/0.5ML SOLUTION, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA
ENVARUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	PA
<i>everolimus (immunosuppressant) (tab 0.25 mg, tab 0.5 mg, tab 0.75 mg, tab 1 mg)</i>	NIVEL 2	PA
HUMIRA (10 MG/0.1ML PREF SY KT, 10 MG/0.2ML PREF SY KT, 20 MG/0.2ML PREF SY KT, 20 MG/0.4ML PREF SY KT, 40 MG/0.4ML PREF SY KT, 40 MG/0.8ML PREF SY KT)	NIVEL 3	PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START (40 MG/0.8ML PREF SY KT, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PREF SY KT, 80 MG/0.8ML PREF SY KT)	NIVEL 3	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMIRA PEN (40 MG/0.4ML PEN KIT, 40 MG/0.8ML PEN KIT, 80 MG/0.8ML PEN KIT)	NIVEL 3	PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER (40 MG/0.8ML PEN KIT, 80 MG/0.8ML PEN KIT)	NIVEL 3	PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START 80 MG/0.8ML PEN KIT	NIVEL 3	PA
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START 40 MG/0.8ML PEN KIT	NIVEL 3	PA
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PEN KIT	NIVEL 3	PA
<i>leflunomide (tab 10 mg, tab 20 mg)</i>	NIVEL 2	
<i>methotrexate sodium (250 mg/10ml solution, for inj 1 gm, inj 50 mg/2ml (25 mg/ml), inj pf 1000 mg/40ml (25 mg/ml), inj pf 250 mg/10ml (25 mg/ml), inj pf 50 mg/2ml (25 mg/ml))</i>	NIVEL 2	BvD
<i>methotrexate sodium tab 2.5 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	
<i>mycophenolate mofetil (cap 250 mg, for oral susp 200 mg/ml, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	BvD
<i>mycophenolate mofetil hcl for iv soln 500 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	BvD
<i>mycophenolate sodium (tab dr 180 mg (mycophenolic acid equiv), tab dr 360 mg (mycophenolic acid equiv))</i>	NIVEL 2	BvD
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	NIVEL 3	PA
REZUROCK 200 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	PA, QL (56 PER 365 OVER TIME)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	BvD
<i>sirolimus (oral soln 1 mg/ml, tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	BvD
<i>tacrolimus (cap 0.5 mg, cap 1 mg, cap 5 mg)</i>	NIVEL 2	BvD
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA
XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VACUNAS		
ACTHIB RECON SOLN	NIVEL 3	
ADACEL 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION	NIVEL 3	
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	NIVEL 3	
BEXSERO SUSP PRSYR	NIVEL 3	
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	NIVEL 3	
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	NIVEL 3	
DENGVAXIA RECON SUSP	NIVEL 3	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
ENGRIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	NIVEL 3	BvD
GARDASIL 9 (SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	
HAVRIX (1440 EL U/ML SUSPENSION, 720 EL U/0.5ML SUSPENSION)	NIVEL 3	
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	NIVEL 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	NIVEL 3	
IPOL INJECTABLE	NIVEL 3	
IXIARO SUSPENSION	NIVEL 3	
KINRIX (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	
M-M-R II RECON SOLN	NIVEL 3	
MENACTRA SOLUTION	NIVEL 3	
MENQUADFI SOLUTION	NIVEL 3	
MENVEO RECON SOLN	NIVEL 3	
PEDIARIX SUSP PRSYR	NIVEL 3	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
PENTACEL RECON SUSP	NIVEL 3	
PREHEVBRIO 10 MCG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	BvD
PRIORIX RECON SUSP	NIVEL 3	
PROQUAD RECON SUSP	NIVEL 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	
RABAVERT RECON SUSP	NIVEL 3	
RECOMBIVAX HB (10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION, 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION)	NIVEL 3	BvD
ROTARIX RECON SUSP	NIVEL 3	
ROTATEQ SOLUTION	NIVEL 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	QL (2 PER 365 OVER TIME)
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
TENIVAC 5-2 LFU INJECTABLE	NIVEL 3	
TICOVAC (1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR, 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRUMENBA SUSP PRSYR	NIVEL 3	
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	BvD
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	NIVEL 3	
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSPENSION, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	NIVEL 3	
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML INJECTABLE	NIVEL 3	
YF-VAX INJECTABLE	NIVEL 3	
ZOSTAVAX 19400 UNT/0.65ML RECON SUSP	NIVEL 3	QL (1 PER 365 OVER TIME)

MIORRELAJANTES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MIORRELAJANTES		
<i>carisoprodol tab 350 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>cyclobenzaprine hcl (tab 10 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>methocarbamol (tab 500 mg, tab 750 mg)</i>	NIVEL 2	PA

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl ophth soln 0.05%</i>	NIVEL 2	
<i>cromolyn sodium ophth soln 4%</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>olopatadine hcl (soln 0.1% (base equivalent), soln 0.2% (base equivalent))</i>	NIVEL 2	
OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 2	
<i>erythromycin ophth oint 5 mg/gm</i>	NIVEL 2	
GENTAK 0.3 % OINTMENT	NIVEL 2	
<i>gentamicin sulfate ophth soln 0.3%</i>	NIVEL 2	
LEVOFLOXACIN 1.5 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>levofloxacin ophth soln 0.5%</i>	NIVEL 2	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>moxifloxacin hcl ophth soln 0.5% (base equiv)</i>	NIVEL 2	
NATACYN 5 % SUSPENSION	NIVEL 3	
<i>ofloxacin ophth soln 0.3%</i>	NIVEL 2	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	NIVEL 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	NIVEL 2	
<i>sulfacetamide sodium ophth soln 10%</i>	NIVEL 2	
<i>tobramycin ophth soln 0.3%</i>	NIVEL 2	
OFTÁLMICOS ANTIINFLAMATORIOS		
ALREX 0.2 % SUSPENSION	NIVEL 3	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium ophth soln 0.1%</i>	NIVEL 2	
<i>fluorometholone ophth susp 0.1%</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>flurbiprofen sodium (0.03 % solution, ophth soln 0.03%)</i>	NIVEL 2	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	NIVEL 3	QL (1.7 PER 30 OVER TIME)
<i>ketorolac tromethamine (ophth) (soln 0.4%, soln 0.5%)</i>	NIVEL 2	
<i>loteprednol etabonate ophth susp 0.5%</i>	NIVEL 2	
PREDNISOLONE ACETATE 1 % SUSPENSION	NIVEL 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
PROLENSA 0.07 % SOLUTION	NIVEL 3	
OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS		
<i>bimatoprost ophth soln 0.03%</i>	NIVEL 2	ST, QL (5 PER 30 OVER TIME)
<i>latanoprost (0.005 % solution, ophth soln 0.005%)</i>	NIVEL 2	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (5 PER 30 OVER TIME)
<i>travoprost ophth soln 0.004% (benzalkonium free) (bak free)</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 30 OVER TIME)
OFTÁLMICOS BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>betaxolol hcl ophth soln 0.5%</i>	NIVEL 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>levobunolol hcl (0.5 % solution, ophth soln 0.5%)</i>	NIVEL 2	
METIPRANOLOL 0.3 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>timolol maleate (ophth) (gel forming soln 0.25%, gel forming soln 0.5%, soln 0.25%, soln 0.5%)</i>	NIVEL 2	
OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS		
<i>acetazolamide cap er 12hr 500 mg</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALPHAGAN P 0.1 % SOLUTION	NIVEL 3	
<i>apraclonidine hcl ophth soln 0.5% (base equivalent)</i>	NIVEL 2	
AZOPT 1 % SUSPENSION	NIVEL 3	
<i>brimonidine tartrate (soln 0.15%, soln 0.2%)</i>	NIVEL 2	
<i>brinzolamide ophth susp 1%</i>	NIVEL 2	
<i>dorzolamide hcl ophth soln 2%</i>	NIVEL 2	
<i>methazolamide (tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % RECON SOLN	NIVEL 3	
<i>pilocarpine hcl (soln 1%, soln 2%, soln 4%)</i>	NIVEL 2	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (2.5 PER 25 OVER TIME)

OFTÁLMICOS, OTROS

ATROPINE SULFATE 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>atropine sulfate ophth soln 1%</i>	NIVEL 2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	NIVEL 2	
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	NIVEL 2	
<i>brimonidine tartrate-timolol maleate ophth soln 0.2-0.5%</i>	NIVEL 2	
DORZOLAMIDE HCL-TIMOLOL MAL 22.3-6.8 MG/ML SOLUTION	NIVEL 2	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml</i>	NIVEL 2	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	NIVEL 2	
<i>neomycin-polymy-dexameth (oint 0.1%, susp 0.1%)</i>	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RESTASIS 0.05 % EMULSION	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EMULSION	NIVEL 3	QL (5.5 PER 30 OVER TIME)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (2.5 PER 25 OVER TIME)
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	NIVEL 2	
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	NIVEL 2	

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose (tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	
FARXIGA (10 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glimepiride (tab 1 mg, tab 2 mg, tab 4 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide (tab 10 mg, tab 5 mg, tab er 24hr 10 mg, tab er 24hr 2.5 mg, tab er 24hr 5 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide-metformin hcl (tab 2.5-250 mg, tab 2.5-500 mg, tab 5-500 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>glyburide (tab 1.25 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 1	PA
<i>glyburide micronized (tab 1.5 mg, tab 3 mg, tab 6 mg)</i>	NIVEL 1	PA
<i>glyburide-metformin (tab 1.25-250 mg, tab 2.5-500 mg, tab 5-500 mg)</i>	NIVEL 1	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUMET XR (100-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 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 (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>metformin hcl (tab 1000 mg, tab 500 mg, tab 850 mg, tab er 24hr 500 mg, tab er 24hr 750 mg)</i>	NIVEL 1	
<i>miglitol (tab 100 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nateglinide (tab 120 mg, tab 60 mg)</i>	NIVEL 2	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/1.5ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (1.5 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) (2 MG/1.5ML SOLN PEN, 4 MG/3ML SOLN PEN)	NIVEL 3	QL (3 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (3 PER 28 OVER TIME)
<i>pioglitazone hcl (tab 15 mg (base equiv), tab 30 mg (base equiv), tab 45 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	
<i>repaglinide (tab 0.5 mg, tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H, 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)
TRADJENTA 5 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN PEN, 1.5 MG/0.5ML SOLN PEN, 3 MG/0.5ML SOLN PEN, 4.5 MG/0.5ML SOLN PEN)	NIVEL 3	QL (2 PER 28 OVER TIME)
VICTOZA 18 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIGDUO XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XIGDUO XR (10-500 MG TAB ER 24H, 5-500 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
GLUCÉMICOS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide susp 50 mg/ml</i>	NIVEL 2	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
<i>glucagon (rdna) for inj kit 1 mg</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY (1 MG KIT, 1 MG/ML RECON SOLN)	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
INSULINAS		
HUMALOG (100 UNIT/ML SOLN CART, 100 UNIT/ML SOLUTION)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (40 PER 30 OVER TIME)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (45 PER 30 OVER TIME)
LYUMJEV 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
LYUMJEV KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	NIVEL 3	
NOVOLIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
NOVOLIN 70/30 RELION (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
NOVOLIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
NOVOLIN N RELION 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
NOVOLIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
NOVOLIN R RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 OVER TIME)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 OVER TIME)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
AUBAGIO (14 MG TAB, 7 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
AVONEX 30 MCG KIT	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
AVONEX PEN 30 MCG/0.5ML AUT-IJ KIT	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AVONEX PREFILLED 30 MCG/0.5ML PREF SY KT	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
BETASERON 0.3 MG KIT	NIVEL 3	PA, QL (15 PER 30 OVER TIME)
<i>dalfampridine tab er 12hr 10 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate (capsule delayed release 120 mg, capsule delayed release 240 mg, capsule dr starter pack 120 mg & 240 mg)</i>	NIVEL 2	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
EXTAVIA 0.3 MG KIT	NIVEL 3	PA, QL (15 PER 30 OVER TIME)
GILENYA 0.5 MG CAP	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glatiramer acetate soln prefilled syringe 20 mg/ml</i>	NIVEL 2	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
PLEGRIDY (125 MCG/0.5ML SOLN PEN, 125 MCG/0.5ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA, LA
PLEGRIDY STARTER PACK 63 & 94 MCG/0.5ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, LA
PLEGRIDY STARTER PACK 63 & 94 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
REBIF (22 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 44 MCG/0.5ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA, QL (6 PER 28 OVER TIME)
REBIF REBIDOSE (22 MCG/0.5ML SOLN A-INJ, 44 MCG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (6 PER 28 OVER TIME)
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK 6X8.8 & 6X22 MCG SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA, QL (4.2 PER 28 OVER TIME)
REBIF TITRATION PACK 6X8.8 & 6X22 MCG SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (4.2 PER 28 OVER TIME)
TYSABRI 300 MG/15ML CONC	NIVEL 3	PA, LA
FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
DRIZALMA SPRINKLE (20 MG CAP DR, 30 MG CAP DR)	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
DRIZALMA SPRINKLE (40 MG CAP DR, 60 MG CAP DR)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>duloxetine hcl (cap 20 mg (base eq), cap 60 mg (base eq))</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl enteric coated pellets cap 30 mg (base eq)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (cap 100 mg, cap 150 mg, cap 25 mg, cap 50 mg, cap 75 mg)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (cap 200 mg, cap 225 mg, cap 300 mg)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin soln 20 mg/ml</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 1 DAYS)
SAVELLA (100 MG TAB, 12.5 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
SAVELLA TITRATION PACK 12.5 & 25 & 50 MG MISC	NIVEL 3	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL

AUSTEDO (12 MG TAB, 9 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
AUSTEDO 6 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine tab 50-325-40 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
FIRDAPSE 10 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
INGREZZA (60 MG CAP, 80 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
INGREZZA 40 & 80 MG CAP THPK	NIVEL 3	PA, LA, QL (28 PER 28 OVER TIME)
INGREZZA 40 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>riluzole tab 50 mg</i>	NIVEL 2	
<i>tetrabenazine tab 12.5 mg</i>	NIVEL 2	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tetrabenazine tab 25 mg</i>	NIVEL 2	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS ANFETAMÍNICOS CONTRA EL		
<i>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, tab 30 mg)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (tab 10 mg, tab 15 mg, tab 5 mg, tab 7.5 mg)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (cap er 24hr 10 mg, tab 10 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (cap er 24hr 15 mg, tab 15 mg)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate cap er 24hr 5 mg</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate tab 20 mg</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate tab 30 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS NO ANFETAMÍNICOS CONTRA EL		
<i>atomoxetine hcl (cap 10 mg (base equiv), cap 18 mg (base equiv), cap 25 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (cap 100 mg (base equiv), cap 60 mg (base equiv), cap 80 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl cap 40 mg (base equiv)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>clonidine hcl tab er 12hr 0.1 mg</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dexmethylphenidate hcl (tab 10 mg, tab 2.5 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>guanfacine hcl (adhd) (tab er 24hr 1 mg (base equiv), tab er 24hr 2 mg (base equiv), tab er 24hr 3 mg (base equiv), tab er 24hr 4 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (tab 10 mg, tab er 10 mg)</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (tab 20 mg, tab er 20 mg)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl tab 5 mg</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS		
ADVOCATE ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	NIVEL 2	
ALCOHOL 70% PADS	NIVEL 2	
ALCOHOL PREP (70 % PAD, PAD)	NIVEL 2	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	NIVEL 2	
ALCOHOL WIPES 70 % MISC	NIVEL 2	
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC)	NIVEL 2	
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	NIVEL 2	
BD ECLIPSE SYRINGE 30G X 1/2" 1 ML MISC	NIVEL 2	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC	NIVEL 2	
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN 32G X 4 MM MISC	NIVEL 2	
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC	NIVEL 2	
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC	NIVEL 2	
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC	NIVEL 2	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	NIVEL 2	
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS 33G X 4 MM MISC	NIVEL 2	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE (X 5/16" 0.5 ML MISC, X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 2	
CARETOUCH PEN NEEDLES 29G X 12MM MISC	NIVEL 2	
COMFORT TOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	NIVEL 2	
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC)	NIVEL 2	
CVS ISOPROPYL ALCOHOL WIPES 70 % MISC	NIVEL 2	
DROPSAFE ALCOHOL PREP 70 % PAD	NIVEL 2	
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	NIVEL 2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 1/2" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC)	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EASY TOUCH PEN NEEDLES 30G X 6 MM MISC	NIVEL 2	
<i>gauze pads 2"x2"</i>	NIVEL 2	
GAUZE PADS 2"X2" PAD	NIVEL 2	
GNP ISOPROPYL ALCOHOL WIPES 70 % MISC	NIVEL 2	
GNP STERILE GAUZE 2"X2" PAD	NIVEL 2	
GNP ULTICARE PEN NEEDLES (31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	NIVEL 2	
GNP ULTIGUARD SAFEPAK NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	NIVEL 2	
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	NIVEL 2	
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 33G X 4 MM MISC)	NIVEL 2	
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	NIVEL 2	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 2	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	NIVEL 2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	NIVEL 2	
INSULIN SYRINGE 1 ML	NIVEL 2	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 30G X 5/16" 1 ML MISC	NIVEL 2	
ISOPROPYL ALCOHOL 70 % MISC	NIVEL 2	
ISOPROPYL ALCOHOL WIPES 70 % MISC	NIVEL 2	
MEDPURA ALCOHOL PADS 70 % MISC	NIVEL 2	
<i>methylergonovine maleate tab 0.2 mg</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>novofine 32g x 6 mm misc</i>	NIVEL 2	
<i>novotwist 32g x 5 mm misc</i>	NIVEL 2	
PENTIPS (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 2	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES (31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC)	NIVEL 2	
QC UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM MISC	NIVEL 2	
RA ISOPROPYL ALCOHOL WIPES 70 % MISC	NIVEL 2	
RELION PEN NEEDLES (31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 2	
RUZURGI 10 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (10 PER 1 DAYS)
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 8 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC)	NIVEL 2	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP 70 % PAD	NIVEL 2	
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR (30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC, 32G X 5/16" 0.5 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 2	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 2	
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC	NIVEL 2	
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 30G X 8 MM MISC	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	NIVEL 2	
ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE (30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 2	
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 33G X 4 MM MISC)	NIVEL 2	
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT (30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC)	NIVEL 2	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 2	
UNIFINE PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	NIVEL 2	
UNIFINE PENTIPS (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	NIVEL 2	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 2	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZEVRX INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC, X 5/16" 0.5 ML MISC, X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 2	
ZEVRX PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 2	
ZEVRX STERILE ALCOHOL PREP PAD 70 % PAD	NIVEL 2	

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>ambrisentan (tab 10 mg, tab 5 mg)</i>	NIVEL 2	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>bosentan tab 125 mg</i>	NIVEL 2	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bosentan tab 62.5 mg</i>	NIVEL 2	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
OPSUMIT 10 MG TAB	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate for suspension 10 mg/ml</i>	NIVEL 2	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate tab 20 mg</i>	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil tab 20 mg (pah)</i>	NIVEL 2	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRACLEER 32 MG TAB SOL	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 3	LA, QL (270 PER 30 OVER TIME), BvD
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 3	LA, QL (90 PER 30 OVER TIME), BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hcl (0.1% (137 mcg/), 0.15% (205.5 mcg/))</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 25 OVER TIME)
<i>cycloheptadine hcl tab 4 mg</i>	NIVEL 2	PA
<i>hydroxyzine hcl (tab 10 mg, tab 25 mg, tab 50 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride tab 5 mg</i>	NIVEL 2	
<i>promethazine hcl (inj 25 mg/ml, inj 50 mg/ml, syrup 6.25 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	PA
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR		
<i>budesonide (inhalation) (susp 0.25 mg/2ml, susp 0.5 mg/2ml, susp 1 mg/2ml)</i>	NIVEL 2	BvD
FLOVENT DISKUS (100 MCG/ACT AER POW BA, 50 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
FLOVENT DISKUS 250 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (240 PER 30 OVER TIME)
FLOVENT HFA (110 MCG/ACT AEROSOL, 220 MCG/ACT AEROSOL)	NIVEL 3	QL (24 PER 30 OVER TIME)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (22 PER 30 OVER TIME)
<i>flunisolide nasal soln 25 mcg/act (0.025%)</i>	NIVEL 2	ST, QL (50 PER 30 OVER TIME)
<i>fluticasone propionate nasal susp 50 mcg/act</i>	NIVEL 2	QL (16 PER 30 OVER TIME)
PULMICORT FLEXHALER (180 MCG/ACT AER POW BA, 90 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
QVAR REDHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	NIVEL 3	QL (21.2 PER 30 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTILEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium (chew tab 4 mg (base equiv), chew tab 5 mg (base equiv), oral granules packet 4 mg (base equiv), tab 10 mg (base equiv))</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zafirlukast (tab 10 mg, tab 20 mg)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
BRONCODILATADORES, ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 3	QL (25.8 PER 30 OVER TIME)
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>ipratropium bromide inhal soln 0.02%</i>	NIVEL 2	BvD
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03% (21 mcg/spray)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06% (42 mcg/spray)</i>	NIVEL 2	QL (45 PER 30 OVER TIME)
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	NIVEL 3	QL (30 PER 30 OVER TIME)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	NIVEL 3	QL (4 PER 30 OVER TIME)
BRONCODILATADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 OVER TIME)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 OVER TIME)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	NIVEL 2	QL (13.4 PER 30 OVER TIME)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)</i>	NIVEL 2	QL (36 PER 30 OVER TIME)
<i>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))</i>	NIVEL 2	BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>albuterol sulfate (tab 2 mg, tab 4 mg)</i>	NIVEL 2	
EPINEPHRINE (0.15 MG/0.15ML SOLN A-INJ, 0.3 MG/0.3ML SOLN A-INJ)	NIVEL 2	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>epinephrine (anaphylaxis) (solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml (1:2000), solution auto-injector 0.3 mg/0.3ml (1:1000))</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENAClick)	NIVEL 2	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>levalbuterol hcl (soln nebu 0.31 mg/3ml (base equiv), soln nebu 0.63 mg/3ml (base equiv), soln nebu 1.25 mg/3ml (base equiv), soln nebu conc 1.25 mg/0.5ml (base equiv))</i>	NIVEL 2	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 3	QL (4 PER 30 OVER TIME)
ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS		
<i>cromolyn sodium soln nebu 20 mg/2ml</i>	NIVEL 2	BvD
FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA		
ESBRIET 267 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (9 PER 1 DAYS)
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	NIVEL 2	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone tab 267 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone tab 801 mg</i>	NIVEL 2	PA, QL (3 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	NIVEL 3	PA, LA, QL (84 PER 28 OVER TIME)
KALYDECO (150 MG TAB, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET)	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (150 PER 30 OVER TIME), BvD
SYMDEKO (100-150 & 150 MG TAB THPK, 50-75 & 75 MG TAB THPK)	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
TOBI PODHALER 28 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (224 PER 28 OVER TIME)
<i>tobramycin nebu soln 300 mg/4ml</i>	NIVEL 2	PA, QL (224 PER 28 OVER TIME)
<i>tobramycin nebu soln 300 mg/5ml</i>	NIVEL 2	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (100-50-75 & 150 MG TAB THPK, 50-25-37.5 & 75 MG TAB THPK)	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS		
DALIRESP 250 MCG TAB	NIVEL 3	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
DALIRESP 500 MCG TAB	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
ELIXOPHYLLIN 80 MG/15ML ELIXIR	NIVEL 2	
<i>roflumilast tab 250 mcg</i>	NIVEL 2	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast tab 500 mcg</i>	NIVEL 2	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>theophylline (elixir 80 mg/15ml, soln 80 mg/15ml, 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)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
<i>acetylcysteine (soln 10%, soln 20%)</i>	NIVEL 2	BvD
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
BEVESPI AEROSPHERE 9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (10.7 PER 28 OVER TIME)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 3	QL (4 PER 30 OVER TIME)
FLUTICASONE-SALMETEROL (113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA, 55-14 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 2	QL (1 PER 30 OVER TIME)
<i>fluticasone-salmeterol (aer powder ba 100-50 mcg/act, aer powder ba 250-50 mcg/act, aer powder ba 500-50 mcg/act)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	NIVEL 2	BvD
NUCALA (100 MG RECON SOLN, 100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA, LA, QL (3 PER 30 OVER TIME)
NUCALA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, LA, QL (0.4 PER 28 OVER TIME)
<i>ribavirin for inhal soln 6 gm</i>	NIVEL 2	BvD
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
<i>*betaine powder for oral solution***</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 3	LA, BvD
ARALAST NP (1000 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)	NIVEL 3	LA, BvD
BYLVAY (PELLETS) 200 MCG CAP SPRINK	NIVEL 3	PA, LA, QL (30 PER 1 DAYS)
BYLVAY (PELLETS) 600 MCG CAP SPRINK	NIVEL 3	PA, LA, QL (10 PER 1 DAYS)
BYLVAY 1200 MCG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (5 PER 1 DAYS)
BYLVAY 400 MCG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (15 PER 1 DAYS)
CERDELGA 84 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
CEREZYME 400 UNIT RECON SOLN	NIVEL 3	PA, LA
CHOLBAM 250 MG CAP	NIVEL 3	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
CHOLBAM 50 MG CAP	NIVEL 3	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
CREON (12000 UNIT CP DR PART, 24000-76000 UNIT CP DR PART, 3000-9500 UNIT CP DR PART, 36000 UNIT CP DR PART, 6000 UNIT CP DR PART)	NIVEL 3	
<i>cromolyn sodium oral conc 100 mg/5ml</i>	NIVEL 2	
CYSTAGON (150 MG CAP, 50 MG CAP)	NIVEL 3	PA, LA
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA, QL (60 PER 28 OVER TIME)
FABRAZYME 35 MG RECON SOLN	NIVEL 3	LA, BvD
<i>miglustat cap 100 mg</i>	NIVEL 2	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	LA, BvD
<i>nitisinone (cap 10 mg, cap 2 mg, cap 5 mg)</i>	NIVEL 2	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NITYR (10 MG TAB, 2 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	PA, LA
PROCYSBI (25 MG CAP DR, 300 MG PACKET, 75 MG CAP DR, 75 MG PACKET)	NIVEL 3	PA, LA
PROLASTIN-C (1000 MG RECON SOLN, 1000 MG/20ML SOLUTION)	NIVEL 3	LA, BvD
RAVICTI 1.1 GM/ML LIQUID	NIVEL 3	PA, LA, QL (525 PER 30 OVER TIME)
<i>sapropterin dihydrochloride (powder packet 100 mg, powder packet 500 mg)</i>	NIVEL 2	PA
<i>sapropterin dihydrochloride tab 100 mg</i>	NIVEL 2	PA
<i>sodium phenylbutyrate (oral powder 3 gm/teaspoonful, tab 500 mg)</i>	NIVEL 2	PA
STRENSIQ (18 MG/0.45ML SOLUTION, 28 MG/0.7ML SOLUTION, 40 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA, LA
STRENSIQ 80 MG/0.8ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA, QL (38.4 PER 28 OVER TIME)
VYNDAQEL 20 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
ZENPEP (10000-32000 UNIT CP DR PART, 15000-47000 UNIT CP DR PART, 20000-63000 UNIT CP DR PART, 25000-79000 UNIT CP DR PART, 3000-10000 UNIT CP DR PART, 3000-14000 UNIT CP DR PART, 40000-126000 UNIT CP DR PART, 5000-24000 UNIT CP DR PART)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DORMIR, MEDICAMENTOS PARA		
<i>estazolam (tab 1 mg, tab 2 mg)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eszopiclone (tab 1 mg, tab 2 mg, tab 3 mg)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
HETLIOZ 20 MG CAP	NIVEL 3	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ramelteon tab 8 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>temazepam cap 15 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>temazepam cap 30 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>triazolam tab 0.125 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>triazolam tab 0.25 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon cap 10 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon cap 5 mg</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate tab 10 mg</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate tab 5 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
EUGEROICOS		
<i>modafinil tab 100 mg</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>modafinil tab 200 mg</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
XYREM 500 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA, LA, QL (540 PER 30 OVER TIME)

ÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ÓTICOS		
CIPROFLOXACIN HCL 0.2 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	NIVEL 2	
COLY-MYCIN S 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
DERMOTIC 0.01 % OIL	NIVEL 3	
<i>hydrocortisone w/ acetic acid otic soln 1-2%</i>	NIVEL 2	
<i>neomycin-polymyxin-hc (otic) (soln 1%, susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%)</i>	NIVEL 2	
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES		
<i>aspirin ((300 mg suppos, 600 mg suppos, chew tab 81 mg, tab 325 mg, tab delayed release 325 mg, tab delayed release 81 mg), 300 mg suppos, 600 mg suppos, chew tab 81 mg, tab 325 mg, tab delayed release 325 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>aspirin buffered (ca carb-mg carb-mg ox) tab 325 mg</i>	NIVEL 4	NPD
BAYER PLUS 500 MG TAB	NIVEL 4	NPD
<i>ibuprofen ((cap 200 mg, chew tab 100 mg, susp 40 mg/ml, tab 100 mg, tab 200 mg), cap 200 mg, chew tab 100 mg, susp 40 mg/ml, tab 100 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
ANTITABACO, MEDICAMENTOS		
<i>nicotine ((patch 24hr 14 mg/24hr, patch 24hr 21 mg/24hr, patch 24hr 7 mg/24hr), td patch 24hr 14 mg/24hr, td patch 24hr 21 mg/24hr)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>nicotine polacrilex ((gum 2 mg, gum 4 mg, lozenge 2 mg, lozenge 4 mg), gum 2 mg, gum 4 mg, lozenge 2 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
ANTIBACTERIANOS, OTROS		
<i>bacitracin oint 500 unit/gm</i>	NIVEL 4	NPD
<i>bacitracin zinc oint 500 unit/gm</i>	NIVEL 4	NPD
<i>bacitracin-polymyxin b oint</i>	NIVEL 4	NPD
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin oint</i>	NIVEL 4	NPD
<i>neomycin-polymyxin w/ pramoxine cream 1%</i>	NIVEL 4	NPD
ANTIEMÉTICOS, OTROS		
<i>meclizine hcl chew tab 25 mg</i>	NIVEL 4	NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIFÚNGICOS		
<i>clotrimazole vaginal cream 1%</i>	NIVEL 4	NPD
<i>miconazole nitrate vaginal ((cream 2%, suppos 100 mg), cream 2%)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>tioconazole vaginal oint 6.5%</i>	NIVEL 4	NPD
<i>tolnaftate cream 1%</i>	NIVEL 4	NPD
ANTIHELMÍNTICOS		
<i>pyrantel pamoate susp 144 mg/ml (50 mg/ml base equiv)</i>	NIVEL 4	NPD
ANTIHERPÉTICOS		
<i>docosanol cream 10%</i>	NIVEL 4	NPD
DISLIPIDÉMICOS, OTROS		
<i>niacin ((cap er 250 mg, cap er 500 mg, tab 100 mg, tab 250 mg, tab 50 mg, tab 500 mg, tab er 250 mg, tab er 500 mg, tab er 750 mg), cap er 250 mg, cap er 500 mg, tab 100 mg, tab 250 mg, tab 50 mg, tab 500 mg, tab er 250 mg, tab er 500 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
NIACIN ER 1000 MG TAB ER	NIVEL 4	NPD
<i>niacinamide tab 500 mg</i>	NIVEL 4	NPD
DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
CALAMINE LOTION	NIVEL 4	NPD
<i>hydrocortisone (topical) ((cream 0.5%, cream 1%, oint 0.5%), cream 0.5%, cream 1%)</i>	NIVEL 4	NPD
MONISTAT SOOTHING CARE ITCH 1 % CREAM	NIVEL 4	NPD
<i>selenium sulfide lotion 1%</i>	NIVEL 4	NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DERMATOLÓGICOS, OTROS		
<i>benzoyl peroxide ((cream 10%, gel 10%, liq 10%), cream 10%, gel 10%)</i>	NIVEL 4	NPD
CALAMINE LOTION	NIVEL 4	NPD
CALAMINE-ZINC OXIDE 8-8 % SUSPENSION	NIVEL 4	NPD
EQ CALAMINE 8-8 % SUSPENSION	NIVEL 4	NPD
GOODSENSE CALAMINE 8-8 % SUSPENSION	NIVEL 4	NPD
RA CALAMINE 8-8 % SUSPENSION	NIVEL 4	NPD
RA DAYLOGIC ACNE FOAMING WASH 10 % FOAM	NIVEL 4	NPD
PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS		
NIX COMPLETE LICE TREATMENT 1 & 0.25 % KIT	NIVEL 4	NPD
<i>permethrin ((creme rinse 1%, lotion 1%), creme rinse 1%)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>pyreth-piperonyl butox sham-permeth aero-nit remover gel kit</i>	NIVEL 4	NPD
<i>pyrethrins-piperonyl butoxide ((liq 0.33-4%, shampoo 0.33-4%), liq 0.33-4%)</i>	NIVEL 4	NPD
RID 0.33-4 % LIQUID	NIVEL 4	NPD
RID COMPLETE LICE ELIMINATION KIT	NIVEL 4	NPD
SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES		
<i>ferrous sulfate ((tab 27 mg (elemental fe), tab 325 mg (65 mg elemental fe)), tab 27 mg (elemental fe))</i>	NIVEL 4	NPD
<i>oral electrolyte solution</i>	NIVEL 4	NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VITAMINAS		
<i>ascorbic acid ((tab 1000 mg, tab 250 mg), tab 1000 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
B-12 5000 MCG TAB DISP	NIVEL 4	NPD
B-12 DOTS 500 MCG TAB DISP	NIVEL 4	NPD
CALCI-CHEW 1250 (500 CA) MG CHEW TAB	NIVEL 4	NPD
<i>calcium ascorbate tab 500 mg</i>	NIVEL 4	NPD
<i>calcium carbonate ((1250 (500 ca) mg chew tab, tab 1250 mg (500 mg elemental ca), tab 1500 mg (600 mg elemental ca), tab 600 mg), 1250 (500 ca) mg chew tab, tab 1250 mg (500 mg elemental ca), tab 1500 mg (600 mg elemental ca))</i>	NIVEL 4	NPD
<i>calcium carbonate-cholecalciferol ((carb-cholecalciferol tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit), carb-cholecalciferol tab 500 mg-10 mcg (400 unit), carb-cholecalciferol tab 500 mg-15 mcg (600 unit), carb-cholecalciferol tab 500 mg-3.125 mcg (125 unit), tab 500 mg-200 unit, tab 500 mg-400 unit, tab 500 mg-5 mcg(200 unit), tab 500 mg-600 unit), carb-cholecalciferol tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit), carb-cholecalciferol tab 500 mg-10 mcg (400 unit), carb-cholecalciferol tab 500 mg-15 mcg (600 unit), carb-cholecalciferol tab 500 mg-3.125 mcg (125 unit), tab 500 mg-200 unit, tab 500 mg-400 unit, tab 500 mg-5 mcg(200 unit))</i>	NIVEL 4	NPD
<i>calcium carbonate-ergocalciferol tab 500 mg-5 mcg (200 unit)</i>	NIVEL 4	NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium carbonate-vitamin d ((tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit), tab 500 mg-3.125 mcg (125 unit), tab 500 mg-5 mcg (200 unit)), tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit), tab 500 mg-3.125 mcg (125 unit))</i>	NIVEL 4	NPD
CALCIUM GLUCONATE ((50 MG TAB, 500 MG TAB), 50 MG TAB)	NIVEL 4	NPD
<i>calcium tab 600 mg</i>	NIVEL 4	NPD
CALCIUM/C/D 500-10-250 MG-MG-UNIT CHEW TAB	NIVEL 4	NPD
CHEWABLE CALCIUM/D3 500-15 MG-MCG WAFER	NIVEL 4	NPD
<i>ferrous sulfate ((220 (44 fe) mg/5ml liquid, elixir 220 mg/5ml (44 mg/5ml fe), soln 75 mg/ml (15 mg/ml fe), syrup 300 mg/5ml (60 mg/5ml fe), tab ec 325 mg (65 mg fe equivalent)), 220 (44 fe) mg/5ml liquid, elixir 220 mg/5ml (44 mg/5ml fe), soln 75 mg/ml (15 mg/ml fe), syrup 300 mg/5ml (60 mg/5ml fe))</i>	NIVEL 4	NPD
<i>ferrous sulfate dried tab 200 mg (65 mg elemental fe)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>folic acid ((cap 0.8 mg, tab 1 mg, tab 400 mcg, tab 800 mcg), cap 0.8 mg, tab 1 mg, tab 400 mcg)</i>	NIVEL 4	NPD
MAG-G 500 (27 MG) MG TAB	NIVEL 4	NPD
<i>magnesium gluconate tab 500 mg (27 mg elemental mg)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>methylcobalamin orally disintegrating tab 5000 mcg</i>	NIVEL 4	NPD
<i>omega-3 fatty acids cap 1000 mg</i>	NIVEL 4	NPD
OYSTER SHELL CALCIUM 500 + D 500-3.125 MG-MCG TAB	NIVEL 4	NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oyster shell calcium tab 500 mg</i>	NIVEL 4	NPD
OYSTER SHELL CALCIUM/D 500-5 MG-MCG TAB	NIVEL 4	NPD
PRE-NATAL FORMULA TAB	NIVEL 4	NPD
PRENATAL (W/IRON & FA) 27-0.8 MG TAB	NIVEL 4	NPD
PRENATAL FORTE TAB	NIVEL 4	NPD
PRENATAL VITAMIN WITH IRON TAB 27-0.8 MG	NIVEL 4	NPD
PRENATAL VITAMIN WITH IRON TAB 28-0.8 MG	NIVEL 4	NPD
PRENATAL/IRON TAB	NIVEL 4	NPD
<i>pyridoxine hcl ((tab 100 mg, tab 50 mg), tab 100 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
RA OYSTER SHELL CALCIUM/D2 500-5 MG-MCG TAB	NIVEL 4	NPD
<i>riboflavin ((tab 100 mg, tab 50 mg), tab 100 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>thiamine hcl tab 100 mg</i>	NIVEL 4	NPD
<i>thiamine mononitrate tab 100 mg</i>	NIVEL 4	NPD
<i>vitamin a cap 3 mg (10000 unit)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>vitamin e ((cap 180 mg (400 unit), cap 268 mg (400 unit), cap 400 unit), cap 180 mg (400 unit), cap 268 mg (400 unit))</i>	NIVEL 4	NPD
VITAMIN K 100 MCG TAB	NIVEL 4	NPD
ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
<i>ergocalciferol ((cap 1.25 mg (50000 unit), soln 200 mcg/ml (8000 unit/ml)), cap 1.25 mg (50000 unit))</i>	NIVEL 4	NPD
VITAMIN D2 10 MCG (400 UNIT) TAB	NIVEL 4	NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)		
<i>famotidine tab 10 mg</i>	NIVEL 4	NPD
ANTIDIARREICOS		
ANTI-DIARRHEAL 1 MG/5ML LIQUID	NIVEL 4	NPD
<i>loperamide hcl ((liq 1 mg/5ml (0.2 mg/ml), liq 1 mg/7.5ml, tab 2 mg), liq 1 mg/5ml (0.2 mg/ml), liq 1 mg/7.5ml)</i>	NIVEL 4	NPD
ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
<i>bisacodyl ((suppos 10 mg, tab delayed release 5 mg), suppos 10 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>docusate sodium ((cap 100 mg, cap 250 mg, liquid 150 mg/15ml), cap 100 mg, cap 250 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>glycerin (laxative) ((suppos 1 gm, suppos 1.2 gm, suppos 2 gm, suppos 2.1 gm, suppos 80.7%), suppos 1 gm, suppos 1.2 gm, suppos 2 gm, suppos 2.1 gm)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>magnesium citrate soln</i>	NIVEL 4	NPD
<i>polyethylene glycol 3350 ((oral packet 17 gm, oral powder 17 gm/scoop), oral packet 17 gm)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>sennosides tab 8.6 mg</i>	NIVEL 4	NPD
GASTROINTESTINALES, OTROS		
ALLI 60 MG CAP	NIVEL 4	PA, NPD
<i>alum & mag hydrox-simethicone ((mag hydroxide-simethicone susp 200-200-20 mg/5ml, mag hydroxide-simethicone susp 400-400-40 mg/5ml), mag hydroxide-simethicone susp 200-200-20 mg/5ml)</i>	NIVEL 4	NPD
ALUMINUM HYDROXIDE GEL 320 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aluminum hydroxide-magnesium carbonate chew tab 160-105 mg</i>	NIVEL 4	NPD
<i>aluminum hydroxide-magnesium trisilicate chew tab 80-20 mg</i>	NIVEL 4	NPD
<i>bismuth subsalicylate ((chew tab 262 mg, susp 525 mg/15ml, tab 262 mg), chew tab 262 mg, susp 525 mg/15ml)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>calcium carbonate (antacid) ((chew tab 500 mg, chew tab 750 mg), chew tab 500 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
CALCIUM CARBONATE ANTACID 648 MG TAB	NIVEL 4	NPD
<i>simethicone ((cap 125 mg, chew tab 80 mg, susp 40 mg/0.6ml), cap 125 mg, chew tab 80 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
SM FOAMING ANTACID 80-20 MG CHEW TAB	NIVEL 4	NPD
<i>sodium bicarbonate tab 325 mg</i>	NIVEL 4	NPD
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>omeprazole delayed release tab 20 mg</i>	NIVEL 4	NPD
GENITOURINARIOS, OTROS		
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE 3 % GEL	NIVEL 4	NPD
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE ((12.5 % FOAM, 4 % GEL), 12.5 % FOAM)	NIVEL 4	NPD
HEMOSTÁTICOS		
<i>phytonadione tab 100 mcg</i>	NIVEL 4	NPD
<i>phytonadione tab 5 mg</i>	NIVEL 4	QL (5 PER 7 OVER TIME), NPD
PROGESTINAS		
<i>levonorgestrel tab 1.5 mg</i>	NIVEL 4	NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS		
<i>ketotifen fumarate ophth soln 0.025% (base equiv)</i>	NIVEL 4	NPD
OFTÁLMICOS, OTROS		
<i>eye wash</i>	NIVEL 4	NPD
MURO 128 2 % SOLUTION	NIVEL 4	NPD
<i>naphazoline w/ pheniramine ophth soln 0.027-0.315%</i>	NIVEL 4	NPD
<i>polyvinyl alcohol ophth soln 1.4%</i>	NIVEL 4	NPD
<i>sodium chloride hypertonic ophth soln 5%</i>	NIVEL 4	NPD
GLUCÉMICOS		
GLUCOSE CHEW TAB 4 GM	NIVEL 4	NPD
GLUCOSE-VITAMIN C CHEW TAB 4-6 GM-MG	NIVEL 4	NPD
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
<i>acetaminophen ((tab 325 mg, tab 500 mg), tab 325 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>phentermine hcl ((cap 15 mg, cap 30 mg), cap 15 mg)</i>	NIVEL 4	PA, NPD
QSYMIA ((11.25-69 MG CAP ER 24H, 15-92 MG CAP ER 24H, 3.75-23 MG CAP ER 24H, 7.5-46 MG CAP ER 24H), 11.25-69 MG CAP ER 24H, 15-92 MG CAP ER 24H, 3.75-23 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	PA, NPD
TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS		
AEROCHAMBER MINI CHAMBER DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER MV MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AEROVENT PLUS DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
AIRIAL CHAMBER DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHE EASE LARGE DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHE EASE MEDIUM DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHE EASE SMALL DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHERITE MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHERITE COLL SPACER ADULT MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BREATHERITE COLL SPACER CHILD MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHERITE COLL SPACER INFANT MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHERITE RIGID SPACER/MASK MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHERITE SPACER NEONATE MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHERITE SPACER SMALL CHILD MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHERITE/LARGE MASK MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHERITE/MEDIUM MASK MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
BREATHERITE/SMALL MASK MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
COMPACT SPACE CHAMBER DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
CONDOMS LATEX LUBRICATED	NIVEL 4	NPD
<i>cromolyn sodium nasal aerosol soln 5.2 mg/act (4%)</i>	NIVEL 4	NPD
EASIVENT MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
EASIVENT MASK LARGE MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
EASIVENT MASK MEDIUM MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
EASIVENT MASK SMALL MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC L DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC M DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC S DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
FLEXICHAMBER DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
INSPIRACHAMBER/LARGE DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
INSPIRACHAMBER/MEDIUM DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
INSPIRACHAMBER/MOUTHPIECE DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
INSPIRACHAMBER/SMALL DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
INSPIREASE MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
LITEAIRE DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
MICROCHAMBER ((DEVICE, MISC), DEVICE)	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
MICROSPACER MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTICHAMBER ADVANTAGE-LG MASK MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTICHAMBER ADVANTAGE-MED MASK MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTICHAMBER ADVANTAGE-SM MASK MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTICHAMBER DIAMOND ((DEVICE, MISC), DEVICE)	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTICHAMBER FACE MASK-LARGE MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTICHAMBER FACE MASK-MEDIUM MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTICHAMBER FACE MASK-SMALL MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
OPTIHALER ((DEVICE, MISC), DEVICE)	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
POCKET CHAMBER DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
POCKET SPACER DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
PRO COMFORT SPACER ADULT MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
PRO COMFORT SPACER CHILD MISC	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
PRO COMFORT SPACER INFANT DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
PROCARE SPACER/ADULT MASK DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
PROCARE SPACER/CHILD MASK DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
RITEFLO DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
<i>saline nasal spray 0.65%</i>	NIVEL 4	NPD
SAXENDA 18 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 4	PA, NPD
VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD
WATCHHALER DEVICE	NIVEL 4	QL (2 PER 365 OVER TIME), NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIISTAMÍNICOS		
<i>cetirizine hcl ((tab 10 mg, tab 5 mg), tab 10 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>chlorpheniramine maleate syrup 2 mg/5ml</i>	NIVEL 4	NPD
<i>diphenhydramine hcl ((cap 25 mg, elixir 12.5 mg/5ml, liquid 12.5 mg/5ml, tab 25 mg), cap 25 mg, elixir 12.5 mg/5ml, liquid 12.5 mg/5ml)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>fexofenadine hcl ((tab 180 mg, tab 60 mg), tab 180 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>loratadine ((rapidly-disintegrating tab 10 mg, tab 10 mg), rapidly-disintegrating tab 10 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR		
NASACORT ALLERGY 24HR 55 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 4	NPD
NASACORT ALLERGY 24HR CHILDREN 55 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 4	NPD
<i>triamcinolone acetonide nasal aerosol suspension 55 mcg/act</i>	NIVEL 4	NPD
BRONCODILATADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
NASAL DECONGESTANT ((30 MG/5ML LIQUID, 30 MG/5ML SYRUP), 30 MG/5ML LIQUID)	NIVEL 4	NPD
<i>pseudoephedrine hcl ((tab 30 mg, tab 60 mg), tab 30 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
<i>benzonatate ((cap 100 mg, cap 200 mg), cap 100 mg)</i>	NIVEL 4	NPD
<i>guaifenesin liquid 100 mg/5ml</i>	NIVEL 4	NPD
<i>guaifenesin-codeine soln 100-10 mg/5ml</i>	NIVEL 4	QL (420 PER 30 OVER TIME), NDS, NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Non-Part D Drugs

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HYCODAN 5-1.5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (210 PER 30 OVER TIME), NDS, NPD
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbrom soln 5-1.5 mg/5ml</i>	NIVEL 4	QL (210 PER 30 OVER TIME), NDS, NPD
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	NIVEL 4	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, NPD
<i>promethazine-dm ((6.25-15 mg/5ml solution, syrup 6.25-15 mg/5ml), 6.25-15 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 4	PA, NPD
<i>promethazine-phenylephrine-codeine syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	NIVEL 4	PA, QL (240 PER 30 OVER TIME), NDS, NPD
<i>triprolidine & pseudoephedrine tab 2.5-60 mg</i>	NIVEL 4	NPD
ÓTICOS		
<i>carbamide peroxide 6.5% otic soln</i>	NIVEL 4	NPD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas (xvii - xviii) y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

Índice de medicamentos cubiertos

A

abacavir sulfate.....	67	AIMOVIG.....	43
abacavir sulfate-lamivudine.....	67	AIMOVIG (140 MG DOSE).....	43
abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine.....	67	AIRIAL CHAMBER.....	147
ABELCET.....	40	albendazole.....	55
ABILIFY MAINTENA.....	59	albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair).....	130
abiraterone acetate.....	45	albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair).....	130
acamprosate calcium.....	23	albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil).....	130
acarbose.....	115	Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin).....	130
acebutolol hcl.....	71	albuterol sulfate.....	130,131
acetaminophen.....	146	alclometasone dipropionate.....	81,100
acetaminophen w/ codeine.....	17	ALCOHOL 70% PADS.....	123
acetazolamide.....	73,113	ALCOHOL PREP.....	123
acetic acid (otic).....	24	ALCOHOL PREP PADS.....	123
acetylcysteine.....	133	ALCOHOL WIPES.....	123
acitretin.....	80	ALDURAZYME.....	134
ACTHAR.....	100	ALECENSA.....	49
ACTHIB.....	109	alendronate sodium.....	88
ACTIMMUNE.....	105	alfuzosin hcl.....	93
acyclovir.....	64	ALINIA.....	55
acyclovir sodium.....	64	aliskiren fumarate.....	73
acyclovir topical.....	81	ALLI.....	144
ADACEL.....	109	allopurinol.....	42
adapalene.....	80	alosetron hcl.....	90
adefovir dipivoxil.....	63	ALPHAGAN P.....	114
ADEMPAS.....	128	alprazolam.....	21
ADVOCATE ALCOHOL PREP PADS.....	123	ALREX.....	112
AEROCHAMBER MINI CHAMBER.....	146	alum & mag hydrox-simethicone.....	144
AEROCHAMBER MV.....	146	ALUMINUM HYDROXIDE GEL.....	144
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU.....	146	aluminum hydroxide-mag carb.....	145
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE... ..	147	aluminum hydroxide-mag trisil.....	145
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM... ..	147	ALUNBRIG.....	49
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL... ..	147	amantadine hcl.....	57
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK... ..	147	AMBISOME.....	40
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU.....	147	ambrisentan.....	128
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL.....	147	amikacin sulfate.....	23
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS.....	147	amiloride & hydrochlorothiazide.....	73
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR... ..	147	amiloride hcl.....	78
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE... ..	147	amino acid electrolyte infusion.....	84
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM... ..	147	amino acid infusion.....	84
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL... ..	147		
AEROVENT PLUS.....	147		

AMINOSYN.....	84	ascorbic acid.....	141
AMINOSYN II.....	84	asenapine maleate.....	60
AMINOSYN-HBC.....	84	aspirin.....	138
AMINOSYN-PF.....	85	aspirin buffered (cal carb-mag carb-mag oxide).....	138
AMINOSYN-RF.....	85	aspirin-dipyridamole.....	95
AMINOSYN/ELECTROLYTES.....	85	atazanavir sulfate.....	65
amiodarone hcl.....	70	atenolol.....	71
AMITIZA.....	90	atenolol & chlorthalidone.....	74
amitriptyline hcl.....	38	atomoxetine hcl.....	122
amlodipine besylate.....	72	atorvastatin calcium.....	76
amlodipine besylate-benazepril hcl.....	74	atovaquone.....	55
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil.....	74	atovaquone-proguanil hcl.....	55
amlodipine besylate-valsartan.....	74	ATROPINE SULFATE.....	114
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide.....	74	atropine sulfate (ophthalmic).....	114
AMOXAPINE.....	38	ATROVENT HFA.....	130
AMOXICILLIN.....	27	AUBAGIO.....	119
amoxicillin & pot clavulanate.....	27	AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE.....	123
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE.....	27	AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE...	123
amphetamine-dextroamphetamine...	122	AURYXIA.....	84
AMPHOTERICIN B.....	40	AUSTEDO.....	121
amphotericin b liposome.....	40	AUVELITY.....	35
AMPICILLIN.....	27	AVONEX.....	119
ampicillin & sulbactam sodium.....	27	AVONEX PEN.....	119
ampicillin sodium.....	28	AVONEX PREFILLED.....	120
AMPICILLIN-SULBACTAM SODIUM.....	28	AYVAKIT.....	46
ANADROL-50.....	97	azathioprine.....	107
anagrelide hcl.....	94	AZATHIOPRINE SODIUM.....	107
anastrozole.....	48	azelastine hcl.....	129
ANDRODERM.....	97	azelastine hcl (ophth).....	111
ANORO ELLIPTA.....	133	azithromycin.....	29
ANTI-DIARRHEAL.....	144	AZOPT.....	114
apomorphine hydrochloride.....	56	aztreonam.....	24
apraclonidine hcl.....	114		
aprepitant.....	39	B	
APRETUDE.....	64	B-12.....	141
APTIOM.....	33	B-12 DOTS.....	141
APTIVUS.....	65	BACITRACIN.....	112
ARALAST NP.....	134	bacitracin (topical).....	138
ARANESP (ALBUMIN FREE).....	94	bacitracin zinc.....	138
ARCALYST.....	106	bacitracin-poly-neomycin-hc.....	114
aripiprazole.....	59,60	bacitracin-polymyxin b (ophth).....	114
ARISTADA.....	60	bacitracin-polymyxin b oint.....	138
ARISTADA INITIO.....	60	baclofen.....	39,40
		balsalazide disodium.....	88

BALVERSA.....	49	bimatoprost.....	113
BAQSIMI ONE PACK.....	117	BIOGUARD GAUZE SPONGES.....	124
BAQSIMI TWO PACK.....	117	bisacodyl.....	144
BARACLUDE.....	63	bismuth subsalicylate.....	145
BAYER PLUS.....	138	bisoprolol & hydrochlorothiazide.....	74
BCG VACCINE.....	109	bisoprolol fumarate.....	71
BD ECLIPSE SYRINGE.....	123	BIVIGAM.....	105
BD INSULIN SYRINGE.....	123	BOOSTRIX.....	109
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC.....	124	bosentan.....	128
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN.....	124	BOSULIF.....	49
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC.....	124	BRAFTOVI.....	49
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC.....	124	BREATHE EASE LARGE.....	147
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC.....	124	BREATHE EASE MEDIUM.....	147
benazepril & hydrochlorothiazide.....	74	BREATHE EASE SMALL.....	147
benazepril hcl.....	79	BREATHERITE.....	147
BENLYSTA.....	106	BREATHERITE COLL SPACER ADULT.....	147
BENZNIDAZOLE.....	55	BREATHERITE COLL SPACER CHILD.....	148
benzonatate.....	151	BREATHERITE COLL SPACER INFANT.....	148
benzoyl peroxide.....	140	BREATHERITE RIGID SPACER/MASK.....	148
benztropine mesylate.....	57	BREATHERITE SPACER NEONATE.....	148
BERINERT.....	104	BREATHERITE SPACER SMALL CHILD.....	148
BESIVANCE.....	29	BREATHERITE/LARGE MASK.....	148
BESREMI.....	46	BREATHERITE/MEDIUM MASK.....	148
betaine.....	133	BREATHERITE/SMALL MASK.....	148
betamethasone dipropionate (topical).....	81,101	BRILINTA.....	95
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUG.....	81	brimonidine tartrate.....	114
betamethasone dipropionate augmented.....	81,101	brimonidine tartrate-timolol maleate.....	114
betamethasone valerate.....	81	brinzolamide.....	114
BETASERON.....	120	BRIVIACT.....	30,31
betaxolol hcl.....	71	bromocriptine mesylate.....	56
betaxolol hcl (ophth).....	113	BRUKINSA.....	46
bethanechol chloride.....	92	budesonide.....	88
BEVESPI AEROSPHERE.....	133	budesonide (inhalation).....	129
bexarotene.....	55	bumetanide.....	78
bexarotene (topical).....	55	buprenorphine hcl.....	22
BEXSERO.....	109	buprenorphine hcl-naloxone hcl dihydrate.....	22
bicalutamide.....	45	bupropion hcl.....	35,36
BICILLIN L-A.....	28	bupropion hcl (smoking deterrent).....	22
BIKTARVY.....	64	buspirone hcl.....	20
		butalbital-acetaminophen-caffeine.....	121
		butalbital-acetaminophen-caffeine w/ codeine.....	17
		BYLVAY.....	134
		BYLVAY (PELLETS).....	134

C

CABENUVA.....	68	CAYSTON.....	132
cabergoline.....	103	cefaclor.....	26
CABLIV.....	95	cefadroxil.....	26
CABOMETYX.....	49	cefazolin sodium.....	26
CALAMINE LOTION.....	139,140	cefdinir.....	26
CALAMINE-ZINC OXIDE.....	140	cefepime hcl.....	26
CALCI-CHEW.....	141	cefixime.....	26
calcipotriene.....	83	cefotaxime sodium.....	26
calcitonin (salmon).....	89	cefotetan disodium.....	26
calcitriol.....	89	cefoxitin sodium.....	26
calcium.....	142	cefpodoxime proxetil.....	26
calcium acetate (phosphate binder)...	84	cefprozil.....	26
calcium ascorbate.....	141	ceftazidime.....	26
calcium carbonate.....	141	ceftriaxone sodium.....	26
calcium carbonate (antacid).....	145	cefuroxime axetil.....	27
CALCIUM CARBONATE ANTACID.....	145	cefuroxime sodium.....	27
calcium carbonate-cholecalciferol....	141	celecoxib.....	19
calcium carbonate-ergocalciferol....	141	CELONTIN.....	34
calcium carbonate-vitamin d.....	142	cephalexin.....	27
CALCIUM GLUCONATE.....	142	CERDELGA.....	134
CALCIUM/C/D.....	142	CEREZYME.....	134
CALQUENCE.....	49	cetirizine hcl.....	151
candesartan cilexetil.....	70	CHEWABLE CALCIUM/D3.....	142
candesartan cilexetil-		chlordiazepoxide hcl.....	21
hydrochlorothiazide.....	74	chlorhexidine gluconate (mouth-throat)	69
CAPASTAT SULFATE.....	44	chloroquine phosphate.....	55
CAPLYTA.....	60	chlorothiazide.....	79
CAPRELSA.....	49	chlorpheniramine maleate.....	151
captopril.....	79	chlorpromazine hcl.....	58
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE....	74	chlorthalidone.....	79
carbamazepine.....	33	CHOLBAM.....	134
carbamide peroxide (otic).....	152	cholestyramine.....	77
carbidopa.....	57	cholestyramine light.....	77
CARBIDOPA-LEVODOPA.....	58	choline fenofibrate.....	76
carbidopa-levodopa-entacapone.....	57	ciclopirox.....	81
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS.....	124	ciclopirox olamine.....	40
CARETOUCH INSULIN SYRINGE.....	124	cilostazol.....	95
CARETOUCH PEN NEEDLES.....	124	CILOXAN.....	29
carglumic acid.....	85	CIMDUO.....	67
carisoprodol.....	111	cimetidine.....	90
CARTEOLOL HCL.....	113	cimetidine hcl.....	90
carvedilol.....	71	cinacalcet hcl.....	89
caspofungin acetate.....	40	CINRYZE.....	104
		ciprofloxacin.....	29
		ciprofloxacin hcl.....	29

efavirenz-emtricitabine-tenofovir		erlotinib hcl.....	50
disoproxil fumarate.....	66	ertapenem sodium.....	28
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil		ERY.....	81
fumarate.....	66	ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	29
EGRIFTA.....	96	erythromycin (acne aid).....	81
EGRIFTA SV.....	96	erythromycin (ophth).....	112
ELIQUIS.....	93	erythromycin base.....	29
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	93	ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE.....	29
ELIXOPHYLLIN.....	132	erythromycin lactobionate.....	29
EMCYT.....	46	ESBRIET.....	131
EMSAM.....	36	escitalopram oxalate.....	36
emtricitabine.....	67	estazolam.....	136
emtricitabine-tenofovir disoproxil		estradiol.....	98
fumarate.....	67	estradiol vaginal.....	98
EMTRIVA.....	67	ESTRING.....	98
enalapril maleate.....	79	eszopiclone.....	136
enalapril maleate &		ethambutol hcl.....	44
hydrochlorothiazide.....	75	ethosuximide.....	34
ENBREL.....	107	ethynodiol diacet & eth estrad.....	98
ENBREL SURECLICK.....	107	ETIDRONATE DISODIUM.....	89
ENGERIX-B.....	109	etodolac.....	19
enoxaparin sodium.....	93	etonogestrel-ethinyl estradiol.....	98
entacapone.....	57	etravirine.....	66
entecavir.....	63	everolimus.....	50
ENTRESTO.....	75	everolimus (immunosuppressant).....	107
ENVARUSUS XR.....	107	EVOTAZ.....	65
EPCLUSA.....	63	exemestane.....	49
EPIDIOLEX.....	31	EXKIVITY.....	46
EPINEPHRINE.....	131	EXTAVIA.....	120
epinephrine (anaphylaxis).....	131	eye wash.....	146
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC		ezetimibe.....	77
ADRENAClick).....	131	ezetimibe-simvastatin.....	77
EPIVIR HBV.....	63		
eplerenone.....	78	F	
EPRONTIA.....	31	FABRAZYME.....	134
EPROSARTAN MESYLATE.....	70	famciclovir.....	64
EQ CALAMINE.....	140	famotidine.....	90,144
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC.....	149	FANAPT.....	60
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC L.....	149	FANAPT TITRATION PACK.....	60
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC M.....	149	FARXIGA.....	115
EQ SPACE CHAMBER ANTI-STATIC S.....	149	FARYDAK.....	50
ergocalciferol.....	143	felbamate.....	31
ERGOLOID MESYLATES.....	35	felodipine.....	72
ERIVEDGE.....	50	fenofibrate.....	76
ERLEADA.....	45	fenofibrate micronized.....	76

fentanyl.....	18	FORTEO.....	89
fentanyl citrate.....	17	fosamprenavir calcium.....	65
FERRIPROX.....	84	fosfomycin tromethamine.....	24
ferrous sulfate.....	140,142	fosinopril sodium.....	79
ferrous sulfate dried.....	142	fosinopril sodium & hydrochlorothiazide.....	75
FETZIMA.....	36	FOTIVDA.....	46
FETZIMA TITRATION.....	37	FREAMINE III.....	85
fexofenadine hcl.....	151	fulvestrant.....	46
finasteride.....	93	furosemide.....	78
FINTEPLA.....	31	FUZEON.....	68
FIRDAPSE.....	121	FYCOMPA.....	31
FIRMAGON.....	103		
FIRMAGON (240 MG DOSE).....	103	G	
FLEBOGAMMA DIF.....	105	gabapentin.....	32,33
flecainide acetate.....	70	GAMMAGARD.....	105
FLEXICHAMBER.....	149	GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	105
FLOVENT DISKUS.....	129	GAMMAKED.....	105
FLOVENT HFA.....	129	GAMMAPLEX.....	106
fluconazole.....	40	GAMUNEX-C.....	106
fluconazole in nacl.....	41	GARDASIL 9.....	109
flucytosine.....	41	GATTEX.....	91
fludrocortisone acetate.....	101	GAUZE PADS.....	125
flunisolide (nasal).....	129	gauze pads 2"x2".....	125
fluocinolone acetonide.....	82	GAVILYTE-C.....	91
fluocinonide.....	82	GAVRETO.....	50
fluocinonide emulsified base.....	82	gemfibrozil.....	76
fluorometholone (ophth).....	112	GENTAK.....	112
FLUOROURACIL.....	83	gentamicin sulfate.....	23
fluorouracil (topical).....	83	gentamicin sulfate (ophth).....	112
fluoxetine hcl.....	37	gentamicin sulfate (topical).....	23
FLUOXETINE HCL.....	37	GENVOYA.....	64
FLUOXETINE HCL (PMDD).....	37	GILENYA.....	120
fluphenazine decanoate.....	58	GILOTTRIF.....	50
fluphenazine hcl.....	58	glatiramer acetate.....	120
flurbiprofen.....	19	GLEOSTINE.....	44
flurbiprofen sodium.....	113	glimepiride.....	115
flutamide.....	45	glipizide.....	115
fluticasone propionate.....	82	glipizide-metformin hcl.....	115
fluticasone propionate (nasal).....	129	GLUCAGEN HYPOKIT.....	117
FLUTICASONE-SALMETEROL.....	133	glucagon (rdna).....	117
fluticasone-salmeterol.....	133	GLUCAGON EMERGENCY.....	117
fluvastatin sodium.....	76,77	GLUCOSE CHEW TAB 4 GM.....	146
fluvoxamine maleate.....	37	GLUCOSE-VITAMIN C CHEW TAB 4-6 GM- MG.....	146
folic acid.....	142	glyburide.....	115
fondaparinux sodium.....	93,94		

glyburide micronized.....	115	HUMIRA PEN.....	108
glyburide-metformin.....	115	HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER.....	108
glycerin (laxative).....	144	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START.....	108
glycopyrrolate.....	90	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START.....	108
GLYXAMBI.....	116	HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER.....	108
GNP ISOPROPYL ALCOHOL WIPES.....	125	HUMULIN 70/30.....	118
GNP STERILE GAUZE.....	125	HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	118
GNP ULTICARE PEN NEEDLES.....	125	HUMULIN N.....	118
GNP ULTIGUARD SAFEPAK NEEDLE.....	125	HUMULIN N KWIKPEN.....	118
GOODSENSE CALAMINE.....	140	HUMULIN R.....	118
granisetron hcl.....	39	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	118
griseofulvin microsize.....	41	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	118
griseofulvin ultramicrosize.....	41	HYCODAN.....	152
guaifenesin.....	151	hydralazine hcl.....	80
guaifenesin-codeine.....	151	hydrochlorothiazide.....	79
guanfacine hcl.....	70	hydrocodone bitartrate-homatropine methylbromide.....	152
guanfacine hcl (adhd).....	123	hydrocodone-acetaminophen.....	17
GUANIDINE HCL.....	43	hydrocortisone.....	88
H		hydrocortisone (intrarectal).....	88
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES.....	125	hydrocortisone (rectal).....	82
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP.....	125	hydrocortisone (topical).....	82,139
HAEGARDA.....	104	hydrocortisone butyrate.....	82,101
halobetasol propionate.....	82	hydrocortisone valerate.....	82,101
haloperidol.....	58	hydrocortisone w/acetic acid.....	137
haloperidol decanoate.....	59	hydromorphone hcl.....	17
haloperidol lactate.....	59	HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE.....	56
HARVONI.....	63,64	hydroxychloroquine sulfate.....	56
HAVRIX.....	109	HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE.....	100
HEMADY.....	101	hydroxyurea.....	46
heparin sodium (porcine).....	94	hydroxyzine hcl.....	129
HEPATAMINE.....	85	I	
HETLIOZ.....	136	ibandronate sodium.....	89
HIBERIX.....	109	IBRANCE.....	50
HIZENTRA.....	106	ibuprofen.....	19,138
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES.....	125	icatibant acetate.....	104
HUMALOG.....	117	ICLUSIG.....	50
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	118	icosapent ethyl.....	77
HUMALOG KWIKPEN.....	118	IDHIFA.....	46
HUMALOG MIX 50/50.....	118	ILARIS.....	106
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	118	ILEVRO.....	113
HUMALOG MIX 75/25.....	118	imatinib mesylate.....	50,51
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	118	IMBRUVICA.....	51
HUMIRA.....	107	imipenem-cilastatin.....	28
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START.....	107		

imipramine hcl.....	38	isosorbide dinitrate.....	80
imiquimod.....	83	ISOSORBIDE DINITRATE ER.....	80
IMOVAX RABIES.....	109	isosorbide mononitrate.....	80
INCRELEX.....	96	isotretinoin.....	80
INCRUSE ELLIPTA.....	130	itraconazole.....	41
indapamide.....	79	ivermectin.....	55
indomethacin.....	19	IXIARO.....	110
INFANRIX.....	110		
INGREZZA.....	121	J	
INLYTA.....	51	JAKAFI.....	51
INQOVI.....	46	JANUMET.....	116
INREBIC.....	47	JANUMET XR.....	116
INSPIRACHAMBER/LARGE.....	149	JANUVIA.....	116
INSPIRACHAMBER/MEDIUM.....	149	JARDIANCE.....	116
INSPIRACHAMBER/MOUTHPIECE.....	149	JENTADUETO.....	116
INSPIRACHAMBER/SMALL.....	149	JENTADUETO XR.....	116
INSPIREASE.....	149	JULUCA.....	65
INSULIN LISPRO.....	118	JUXTAPID.....	77,78
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	118		
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.....	118	K	
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	118	KALYDECO.....	132
INSULIN PEN NEEDLES.....	125	KCL IN DEXTROSE-NACL.....	85
INSULIN SYRINGE 0.3 ML.....	125	KCL-LACTATED RINGERS-D5W.....	87
INSULIN SYRINGE 0.5 ML.....	125	KEPIVANCE.....	69
INSULIN SYRINGE 1 ML.....	125	ketoconazole.....	41
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	125	ketoconazole (topical).....	41
INTELENCE.....	66	ketorolac tromethamine (ophth).....	113
INTRALIPID.....	85	ketotifen fumarate (ophth).....	146
INTRON A.....	105	KINRIX.....	110
INVEGA HAFYERA.....	60	KISQALI (200 MG DOSE).....	51
INVEGA SUSTENNA.....	60	KISQALI (400 MG DOSE).....	51
INVEGA TRINZA.....	60,61	KISQALI (600 MG DOSE).....	51
INVIRASE.....	65	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	47
IPOL.....	110	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	47
ipratropium bromide.....	130	KISQALI FEMARA(200 MG DOSE).....	47
ipratropium bromide (nasal).....	130	KORLYM.....	101
ipratropium-albuterol.....	133	KOSELUGO.....	47
irbesartan.....	70	KRYSTEXXA.....	42
irbesartan-hydrochlorothiazide.....	75		
IRESSA.....	51	L	
ISENTRESS.....	64	labetalol hcl.....	71
ISENTRESS HD.....	64	lacosamide.....	34
isoniazid.....	44	lactated ringer's.....	87
ISOPROPYL ALCOHOL.....	125	lactated ringer's (irrigation).....	87
ISOPROPYL ALCOHOL WIPES.....	125	LACTATED RINGERS.....	87

nadolol.....	72	nitazoxanide.....	56
naftcillin sodium.....	28	nitisinone.....	134
NAGLAZYME.....	134	NITRO-BID.....	80
naloxone hcl.....	23	nitrofurantoin macrocrystal.....	25
naltrexone hcl.....	23	nitrofurantoin monohyd macro.....	25
naphazoline w/ pheniramine.....	146	nitroglycerin.....	80
naproxen.....	20	NITROSTAT.....	80
naratriptan hcl.....	42	NITYR.....	135
NARCAN.....	23	NIX COMPLETE LICE TREATMENT.....	140
NASACORT ALLERGY 24HR.....	151	nizatidine.....	90
NASACORT ALLERGY 24HR CHILDREN..	151	NORDITROPIN FLEXPOR.....	96
NASAL DECONGESTANT.....	151	norethin acet & estrad-fe.....	98
NATACYN.....	112	norethindrone & eth estradiol.....	99
nateglinide.....	116	norethindrone & ethinyl estradiol-fe....	99
NATPARA.....	89	norethindrone (contraceptive).....	100
NAYZILAM.....	20	norethindrone acet & eth estra.....	99
nebivolol hcl.....	72	norethindrone acetate.....	100
NEFAZODONE HCL.....	37	norethindrone acetate-ethinyl estradiol..	99
neomycin sulfate.....	23	norethindrone-eth estradiol (triphasic)..	99
neomycin-bacitracin zn-polymyxin....	114	norgestimate-ethinyl estradiol.....	99
neomycin-bacitracin-polymyxin oint...	138	norgestimate-ethinyl estradiol (triphasic).....	99
neomycin-polymy-dexameth.....	114	norgestrel & ethinyl estradiol.....	99
neomycin-polymyxin w/ pramoxine....	138	NORMOSOL-M IN D5W.....	85
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN..	114	nortriptyline hcl.....	38
neomycin-polymyxin-hc (otic).....	137	NORVIR.....	65
NEONATAL PLUS.....	87	NovoFine 32G X 6 MM MISC.....	126
NERLYNX.....	52	NOVOLIN 70/30.....	119
NEVIRAPINE.....	66	NOVOLIN 70/30 RELION.....	119
nevirapine.....	66	NOVOLIN N.....	119
NEVIRAPINE ER.....	66	NOVOLIN N RELION.....	119
niacin.....	139	NOVOLIN R.....	119
niacin (antihyperlipidemic).....	78	NOVOLIN R RELION.....	119
NIACIN (ANTHYPERLIPIDEMIC).....	78	NovoTwist 32G X 5 MM MISC.....	126
NIACIN ER.....	139	NOXAFIL.....	41
niacinamide.....	139	NUBEQA.....	45
NIACOR.....	78	NUCALA.....	133
nicardipine hcl.....	72	NUPLAZID.....	61
nicotine.....	138	NUTRILIPID.....	85
nicotine polacrilex.....	138	NYMALIZE.....	73
NICOTROL.....	22	nystatin.....	41
NICOTROL NS.....	22	nystatin (mouth-throat).....	41
nifedipine.....	72	nystatin (topical).....	41
nilutamide.....	45	nystatin-triamcinolone.....	83
nimodipine.....	72		
NINLARO.....	47		



octreotide acetate.....	103
ODEFSEY.....	67
ODOMZO.....	52
OFEV.....	131
ofloxacin.....	30
ofloxacin (ophth).....	112
ofloxacin (otic).....	137
olanzapine.....	61
olmesartan medoxomil.....	70
olmesartan medoxomil-amlodipine- hydrochlorothiazide.....	75
olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide.....	75
olopatadine hcl.....	112
omega-3 fatty acids cap 1000 mg.....	142
omega-3-acid ethyl esters.....	78
omeprazole.....	91,145
ondansetron.....	39
ondansetron hcl.....	39
ONUREG.....	47
OPSUMIT.....	128
OPTICHAMBER ADVANTAGE-LG MASK.....	149
OPTICHAMBER ADVANTAGE-MED MASK.....	149
OPTICHAMBER ADVANTAGE-SM MASK.....	149
OPTICHAMBER DIAMOND.....	149
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK.....	149
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK.....	150
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK.....	150
OPTICHAMBER FACE MASK-LARGE.....	150
OPTICHAMBER FACE MASK-MEDIUM.....	150
OPTICHAMBER FACE MASK-SMALL.....	150
OPTIHALER.....	150
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE.....	145
oral electrolyte solution.....	140
ORBACTIV.....	25
ORGOVYX.....	103
oseltamivir phosphate.....	63
OSPHENA.....	100
OTEZLA.....	83,106
oxandrolone.....	97
OXBRYTA.....	95
oxcarbazepine.....	34

oxybutynin chloride.....	92
oxycodone hcl.....	18
oxycodone w/ acetaminophen.....	18
oyster shell.....	143
OYSTER SHELL CALCIUM 500 + D.....	142
OYSTER SHELL CALCIUM/D.....	143
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	116
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	116
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	116

P

paliperidone.....	61
PANRETIN.....	55
pantoprazole sodium.....	91,92
paricalcitol.....	89
paromomycin sulfate.....	23
paroxetine hcl.....	37
PASER.....	44
PEDIARIX.....	110
PEDVAX HIB.....	110
peg 3350-kcl-sod bicarb-sod chloride-sod sulfate.....	91
peg 3350-potassium chloride-sod bicarbonate-sod chloride.....	91
PEGANONE.....	34
PEGASYS.....	105
PEGASYS PROCLICK.....	105
PEMAZYRE.....	52
penicillamine.....	92
penicillin g potassium.....	28
PENICILLIN G SODIUM.....	28
penicillin v potassium.....	28
PENTACEL.....	110
pentamidine isethionate.....	56
PENTIPS.....	126
pentoxifylline.....	75
perindopril erbumine.....	79
permethrin.....	83,140
perphenazine.....	39
PERSERIS.....	61
PFIZERPEN.....	28
phenelzine sulfate.....	36
phenobarbital.....	33
phentermine hcl.....	146
PHENYTEK.....	34

phenytoin.....	34	PREDNISOLONE SODIUM	
phenytoin sodium extended.....	34	PHOSPHATE.....	102,113
PHOSPHOLINE IODIDE.....	114	prednisone.....	102
phytonadione.....	145	PREDNISONE INTENSOL.....	102
PIFELTRO.....	67	pregabalin.....	121
pilocarpine hcl.....	114	PREHEVBRIO.....	110
pilocarpine hcl (oral).....	69	PREMARIN.....	99
PIMOZIDE.....	59	PREMASOL.....	86
pindolol.....	72	PREMPHASE.....	99
pioglitazone hcl.....	116	PREMPRO.....	99
piperacillin sodium-tazobactam sodium	28	PRENATAL (W/IRON & FA).....	143
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	52	PRENATAL FORTE.....	143
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	52	PRENATAL PLUS.....	87
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	52	PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL.....	87
PIRFENIDONE.....	131	PRENATAL VITAMIN WITH IRON TAB 27-0.8	
pirfenidone.....	131	MG.....	143
piroxicam.....	20	PRENATAL VITAMIN WITH IRON TAB 28-0.8	
PLEGRIDY.....	120	MG.....	143
PLEGRIDY STARTER PACK.....	120	prenatal vitamins.....	87
POCKET CHAMBER.....	150	PRENATAL/IRON.....	143
POCKET SPACER.....	150	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES.....	126
podofilox.....	83	PREVYMIS.....	62
polyethylene glycol 3350.....	144	PREZCOBIX.....	65
polymyxin b-trimethoprim.....	112	PREZISTA.....	65,66
polyvinyl alcohol.....	146	PRIFTIN.....	44
POMALYST.....	45	primaquine phosphate.....	56
posaconazole.....	41	primidone.....	33
potassium chloride.....	85	PRIORIX.....	110
POTASSIUM CHLORIDE ER.....	86	PRIVIGEN.....	106
POTASSIUM CHLORIDE IN DEXTROSE.....	87	PRO COMFORT SPACER ADULT.....	150
potassium chloride in dextrose & sodium		PRO COMFORT SPACER CHILD.....	150
chloride.....	86	PRO COMFORT SPACER INFANT.....	150
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL.....	86	probenecid.....	42
potassium chloride microencapsulated		PROCARE SPACER/ADULT MASK.....	150
crystals er.....	86	PROCARE SPACER/CHILD MASK.....	150
potassium citrate (alkalinizer).....	86	prochlorperazine.....	39
PRADAXA.....	94	prochlorperazine maleate.....	39
pramipexole dihydrochloride.....	56	PROCYSBL.....	135
prasugrel hcl.....	96	progesterone.....	100
pravastatin sodium.....	77	PROGRAF.....	108
praziquantel.....	55	PROLASTIN-C.....	135
prazosin hcl.....	71	PROLENSA.....	113
PRE-NATAL FORMULA.....	143	PROLIA.....	89
prednisolone.....	102	PROMACTA.....	95
PREDNISOLONE ACETATE.....	113	promethazine hcl.....	39,129

promethazine w/codeine	152
promethazine-dm	152
promethazine-phenylephrine-codeine	152
propafenone hcl	71
propranolol hcl	72
PROPRANOLOL-HCTZ	75
propylthiouracil	104
PROQUAD	110
protriptyline hcl	38
pseudoephedrine hcl	151
PULMICORT FLEXHALER	129
PULMOZYME	132
PURIXAN	46
pyrantel pamoate	139
pyrazinamide	44
pyrethrins-piperonyl butoxide	140
pyrethrins-piperonyl butoxide-permethrin-nit remover	140
pyridostigmine bromide	43
pyridoxine hcl	143
pyrimethamine	56

Q

QC UNIFINE PENTIPS	126
QINLOCK	47
QSYMIA	146
QUADRACEL	110
quetiapine fumarate	61
quinapril hcl	79
quinapril-hydrochlorothiazide	75
quinidine sulfate	71
quinine sulfate	56
QVAR REDHALER	129

R

RA CALAMINE	140
RA DAYLOGIC ACNE FOAMING WASH	140
RA ISOPROPYL ALCOHOL WIPES	126
RA OYSTER SHELL CALCIUM/D2	143
RABAVERT	110
rabeprazole sodium	92
raloxifene hcl	100
ramelteon	136
ramipril	79
ranolazine	75

rasagiline mesylate	57
RAVICTI	135
REBIF	120
REBIF REBIDOSE	120
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	120
REBIF TITRATION PACK	120
RECOMBIVAX HB	110
RECTIV	80
REGRANEX	83
RELENZA DISKHALER	63
RELION PEN NEEDLES	126
RELISTOR	91
repaglinide	116
REPATHA	78
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	78
REPATHA SURECLICK	78
RESCRIPTOR	67
RESTASIS	115
RESTASIS MULTIDOSE	115
RETACRIT	95
RETEVMO	47
REVLIMID	45
REXULTI	61
REYATAZ	66
REZUROCK	108
RHOPRESSA	114
ribavirin	133
ribavirin (hepatitis c)	64
riboflavin	143
RID	140
RID COMPLETE LICE ELIMINATION	140
rifabutin	44
rifampin	44
RIFATER	44
riluzole	121
RIMANTADINE HCL	63
ringer's	87
ringer's irrigation	87
RINVOQ	108, 109
risedronate sodium	89
RISPERDAL CONSTA	61
risperidone	62
RITEFLO	150
ritonavir	66
rivastigmine	35

rivastigmine tartrate.....	35	sirolimus.....	109
rizatriptan benzoate.....	42	SIRTURO.....	44
ROCKLATAN.....	115	SKYRIZI.....	83,91,106
roflumilast.....	132	SKYRIZI (150 MG DOSE).....	106
ropinirole hydrochloride.....	57	SKYRIZI PEN.....	106
rosuvastatin calcium.....	77	SM FOAMING ANTACID.....	145
ROTARIX.....	110	SMOFLIPID.....	87
ROTATEQ.....	110	sodium bicarbonate (antacid).....	145
ROZLYTREK.....	47	sodium chloride.....	86
RUBRACA.....	52	sodium chloride hypertonic.....	146
RUCONEST.....	104	sodium fluoride.....	87
rufinamide.....	34	sodium phenylbutyrate.....	135
RUKOBIA.....	68	sodium polystyrene sulfonate.....	84
RUZURGI.....	126	sodium sulfate-potassium sulfate- magnesium sulfate.....	91
RYBELSUS.....	117	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR.....	64
RYDAPT.....	52	solifenacin succinate.....	92
S		SOLTAMOX.....	46
saline.....	150	SOMATULINE DEPOT.....	104
SANDIMMUNE.....	109	SOMAVERT.....	104
SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	103	sorafenib tosylate.....	52
SANTYL.....	83	sotalol hcl.....	71
sapropterin dihydrochloride.....	135	sotalol hcl (afib/afib).....	71
SAVELLA.....	121	SPIRIVA HANDIHALER.....	130
SAVELLA TITRATION PACK.....	121	SPIRIVA RESPIMAT.....	130
SAXENDA.....	150	spironolactone.....	78
SCSEMBLIX.....	52	spironolactone & hydrochlorothiazide.....	76
scopolamine.....	39	SPRITAM.....	31,32
SECUADO.....	62	SPRYCEL.....	53
selegiline hcl.....	57	SPS.....	84
selenium sulfide.....	82,139	stavudine.....	67
SELZENTRY.....	68	STELARA.....	83,106
sennosides.....	144	STIVARGA.....	53
SEREVENT DISKUS.....	131	STRENSIQ.....	135
SEROSTIM.....	96	STREPTOMYCIN SULFATE.....	23
sertraline hcl.....	37	STRIBILD.....	65
sevelamer carbonate.....	84	STRIVERDI RESPIMAT.....	131
SHINGRIX.....	110	sucralfate.....	92
SIGNIFOR.....	103	sulfacetamide sod-prednisolone.....	115
sildenafil citrate (pulmonary hypertension).....	128	SULFACETAMIDE SODIUM.....	112
silodosin.....	93	sulfacetamide sodium (acne).....	30
silver sulfadiazine.....	83	sulfacetamide sodium (ophth).....	112
simethicone.....	145	SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	115
simvastatin.....	77	sulfadiazine.....	30
		sulfamethoxazole-trimethoprim.....	30

SULFAMYLON.....	81	TENIVAC.....	110
sulfasalazine.....	88	tenofovir disoproxil fumarate.....	68
sulindac.....	20	TEPMETKO.....	53
sumatriptan.....	42	terazosin hcl.....	71
sumatriptan succinate.....	42	terbinafine hcl.....	41
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL.....	42	terconazole vaginal.....	41
sunitinib malate.....	53	testosterone.....	97
SUPREP BOWEL PREP KIT.....	91	testosterone cypionate.....	97
SYLATRON.....	105	testosterone enanthate.....	97
SYMDEKO.....	132	tetrabenazine.....	121
SYMPAZAN.....	33	tetracycline hcl.....	30
SYMTUZA.....	66	THALOMID.....	45
SYNAREL.....	104	theophylline.....	132
SYNERCID.....	25	thiamine hcl.....	143
SYNJARDY.....	117	thiamine mononitrate.....	143
SYNJARDY XR.....	117	THIOLA EC.....	92
SYNRIBO.....	47	thioridazine hcl.....	59
SYNTHAMIN 17.....	86	thiotepa.....	45
SYNTHROID.....	102	thiothixene.....	59
T		tiagabine hcl.....	33
TABLOID.....	46	TIBSOVO.....	53
TABRECTA.....	47	TICOVAC.....	110
tacrolimus.....	109	tigecycline.....	25
tacrolimus (topical).....	82	timolol maleate.....	43
tadalafil (pulmonary hypertension).....	128	timolol maleate (ophth).....	113
TAFINLAR.....	53	tioconazole vaginal.....	139
TAGRISSO.....	53	TIVICAY.....	65
TALTZ.....	107	TIVICAY PD.....	65
TALZENNA.....	53	tizanidine hcl.....	40
tamoxifen citrate.....	46	TOBI PODHALER.....	132
tamsulosin hcl.....	93	tobramycin.....	132
TASIGNA.....	53	tobramycin (ophth).....	112
TAVALISSE.....	96	tobramycin sulfate.....	23
tazarotene.....	81	tobramycin-dexamethasone.....	115
TAZICEF.....	27	TOLAK.....	83
TAZORAC.....	81	tolnaftate.....	139
TAZVERIK.....	47	tolterodine tartrate.....	92
TDVAX.....	110	topiramate.....	32
TEFLARO.....	27	toremifene citrate.....	46
TEKTURN HCT.....	76	torsemide.....	78
telmisartan.....	70	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	119
telmisartan-hydrochlorothiazide.....	76	TOUJEO SOLOSTAR.....	119
temazepam.....	136	TPN ELECTROLYTES.....	88
TEMIXYS.....	68	TRACLEER.....	128
		TRADJENTA.....	117

tramadol hcl.....	18	TYBOST.....	68
tramadol-acetaminophen.....	18	TYMLOS.....	89
trandolapril.....	79	TYPHIM VI.....	111
tranexamic acid.....	95	TYSABRI.....	120
tranylcypromine sulfate.....	36		
TRAVASOL.....	86	U	
travoprost.....	113	UBRELVY.....	43
trazodone hcl.....	37	UKONIQ.....	54
TRECTOR.....	44	ULTICARE MINI PEN NEEDLES.....	126
TRELEGY ELLIPTA.....	133	ULTICARE SHORT PEN NEEDLES.....	126
TRELSTAR MIXJECT.....	104	ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE.....	127
tretinoin.....	81	ULTIGUARD SAFEPAK SYR/NEEDLE.....	127
tretinoin (chemotherapy).....	55	ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES.....	127
triamcinolone acetonide (mouth).....	69	ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT.....	127
triamcinolone acetonide (nasal).....	151	ULTRA FLO INSULIN SYRINGE.....	127
triamcinolone acetonide (topical).....	82	UNIFINE PEN NEEDLES.....	127
triamterene & hydrochlorothiazide.....	76	UNIFINE PENTIPS.....	127
triazolam.....	136	UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....	127
trientine hcl.....	84	ursodiol.....	91
trifluoperazine hcl.....	59		
TRIFLURIDINE.....	64	V	
trihexyphenidyl hcl.....	57	valacyclovir hcl.....	64
TRIKAFTA.....	132	VALCHLOR.....	45
trimethoprim.....	25	valganciclovir hcl.....	62
trimipramine maleate.....	38	valproate sodium.....	32
TRINTELLIX.....	37	valproic acid.....	32
triprolidine & pseudoephedrine.....	152	valsartan.....	70
TRIUMEQ.....	68	valsartan-hydrochlorothiazide.....	76
TRIUMEQ PD.....	68	VALTOCO 10 MG DOSE.....	33
TRIZIVIR.....	68	VALTOCO 15 MG DOSE.....	33
TROPHAMINE.....	86	VALTOCO 20 MG DOSE.....	33
tropium chloride.....	92	VALTOCO 5 MG DOSE.....	33
TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	126	VALVED HOLDING CHAMBER.....	150
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PREP.....	126	vancomycin hcl.....	25
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR.....	126	VANDAZOLE.....	25
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	126	VAQTA.....	111
TRULICITY.....	117	VARENICLINE TARTRATE.....	22
TRUMENBA.....	111	VARIVAX.....	111
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE).....	53	VARIZIG.....	106
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE).....	53	VASCEPA.....	78
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE).....	53	VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE.....	145
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE).....	53	VELIVET.....	99
TUKYSA.....	54	VELTASSA.....	84
TURALIO.....	54	VEMLIDY.....	63
TWINRIX.....	111	VENCLEXTA.....	54

VENCLEXTA STARTING PACK.....	54
venlafaxine hcl.....	37
VENTAVIS.....	128
verapamil hcl.....	73
VERAPAMIL HCL ER.....	73
VERSACLOZ.....	59
VERZENIO.....	54
VICTOZA.....	117
VIDEX.....	68
VIDEX EC.....	68
vigabatrin.....	33
VIIIBRYD STARTER PACK.....	37
vilazodone hcl.....	37
VIRACEPT.....	66
VIREAD.....	68
vitamin a.....	143
VITAMIN D2.....	143
vitamin e.....	143
VITAMIN K.....	143
VITRAKVI.....	54
VIZIMPRO.....	54
VONJO.....	48
voriconazole.....	41
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER..	150
VOSEVI.....	64
VOTRIENT.....	54
VRAYLAR.....	62
VYNDAMAX.....	76
VYNDAQEL.....	135

W

warfarin sodium.....	94
WATCHHALER.....	150
water for irrigation, sterile.....	127
WELIREG.....	48

X

XALKORI.....	54
XARELTO.....	94
XARELTO STARTER PACK.....	94
XATMEP.....	109
XCOPRI.....	32
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	32
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	32
XELJANZ.....	107

XELJANZ XR.....	109
XERMELO.....	90
XGEVA.....	89
XIFAXAN.....	25
XIGDUO XR.....	117
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	63
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	63
XOLAIR.....	107
XOSPATA.....	54
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	48
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	48
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	48
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	48
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	48
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	48
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	48
XTANDI.....	45
XYREM.....	136

Y

YF-VAX.....	111
-------------	-----

Z

zafirlukast.....	130
zaleplon.....	136
ZARXIO.....	95
ZEJULA.....	54
ZELBORAF.....	54
ZENPEP.....	135
ZEVRX INSULIN SYRINGE.....	128
ZEVRX PEN NEEDLES.....	128
ZEVRX STERILE ALCOHOL PREP PAD....	128
zidovudine.....	68
ziprasidone hcl.....	62
ziprasidone mesylate.....	62
ZIRGAN.....	63
zoledronic acid.....	89
ZOLINZA.....	48
zolmitriptan.....	43
zolpidem tartrate.....	136
ZONISADE.....	34
zonisamide.....	34
ZONTIVITY.....	94
ZOSTAVAX.....	111
ZTALMY.....	32

ZUBSOLV	22
ZYDELIG	54
ZYKADIA	55
ZYPREXA RELPREVV	62

Medicamentos agrupados por problema de salud

ANALGÉSICOS.....	17
ANESTÉSICOS.....	20
ANSIOLÍTICOS.....	20
ANTIADICTIVOS/TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS, MEDICAMENTOS PARA EL.....	22
ANTIBACTERIANOS.....	23
ANTICONVULSIVOS.....	30
ANTIDEMENCIALES.....	35
ANTIDEPRESIVOS.....	35
ANTIEMÉTICOS.....	38
ANTIESPÁSTICOS.....	39
ANTIFÚNGICOS.....	40
ANTIGOTOSOS.....	42
ANTIJAQUECOSOS.....	42
ANTIMIASTÉNICOS.....	43
ANTIMICOBACTERIANOS.....	44
ANTINEOPLÁSICOS.....	44
ANTIPARASITARIOS.....	55
ANTIPARKINSONIANOS.....	56
ANTIPSICÓTICOS.....	58
ANTIVÍRICOS.....	62
BIPOLARES.....	69
BUCODENTALES.....	69
CARDIOVASCULARES.....	69
DERMATOLÓGICOS.....	80
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS.....	84
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA.....	88
ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA.....	88
GASTROINTESTINALES.....	90
GENITOURINARIOS.....	92
HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES.....	93
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS).....	96
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES).....	97
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES).....	100
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS).....	102
HORMONALES, SUPRESORES (HIPOFISARIOS).....	103
HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS).....	104
INMUNOLÓGICOS.....	104

MIORRELAJANTES.....	111
Non-Part D Drugs.....	138
OFTÁLMICOS.....	111
REGULADORES DE LA GLUCEMIA.....	115
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL.....	119
TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS.....	123
TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL.....	128
TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO.....	133
TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS.....	136
ÓTICOS.....	136

La discriminación es contraria a la ley

Blue Shield of California Promise Health Plan cumple con las leyes federales y estatales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata a las personas de modo diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, identificación con un grupo étnico, condición de salud, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad mental o discapacidad física.

Blue Shield of California Promise Health Plan proporciona:

- Asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuya lengua materna no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California Promise Health Plan.

Si considera que Blue Shield of California Promise Health Plan no ha proporcionado esos servicios o ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, identificación con un grupo étnico, condición de salud, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad mental o discapacidad física, usted puede presentar una queja ante:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
Teléfono: (844) 883-2233 (TTY: 711)
Fax: (323) 889-2228
Correo electrónico: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

Puede presentar la queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita asistencia para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles está a disposición para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, (TTY: 800-537-7697)
Portal de quejas: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Language Assistance Notice

English:

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825. (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1-855-905-3825 (TTY : 711)

。

한국어 (Korean):

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-905-3825 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Русский (Russian):

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-905-3825 (телетайп: 711).

Italiano (Italian):

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-905-3825 (TTY: 711).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید.

हिंदी (Hindi):

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-905-3825 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Hmong (Hmong):

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-905-3825 (TTY: 711).

Español (Spanish):

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-905-3825 (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 1-855-905-3825 (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 1-855-905-3825 (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-905-3825 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ພາສາລາວ (Lao):

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີຮ່າງໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-905-3825 (TTY: 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。1-855-905-3825（TTY:711）まで、お電話にてご連絡ください。

ภาษาไทย (Thai):

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-905-3825 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ ਦੇ (Punjabi):

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-905-3825 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ

គឺអាចមានសំរាប់បម្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-905-3825 (TTY: 711)។

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇՇԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվապես և ջանքեր ծախսեր: Ձանգահարեք 1-855-905-3825 (TTY (հեռախոսի) 711):

Este formulario se actualizó el . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, o visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



Si tiene preguntas, llame a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.