



Blue Shield 65 Plus (HMO)

Formulario de 2027

(Lista de medicamentos cubiertos o "Lista de medicamentos")

**ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

N.º de identificación del formulario 27198

Este formulario se actualizó el 09/01/2026 . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield 65 Plus llamando al (800) 776-4466 (los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m PT, o visite blueshieldca.com/medformulary2027.

Y0118_26_168A_PHA_C 07142026

A53840MAD-C-SP 09/26
09/01/2026

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

Cuando en esta lista de medicamentos (formulario) se usan los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro(s)”, se hace referencia a Blue Shield of California. Cuando se usan los términos “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Blue Shield 65 Plus.

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que es válida a partir del 09/01/2026. Si necesita una lista de medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización de la lista de medicamentos (formulario), están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

Por lo general, debe usar farmacias de la red para obtener acceso al beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027 y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el formulario de Blue Shield 65 Plus?

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

Para obtener una lista completa de todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan, visite nuestro sitio web o llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización del formulario, están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

¿El formulario puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se hacen el 1 de enero, pero puede que agreguemos o quitemos medicamentos del formulario durante el año, además de moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar restricciones nuevas. Debemos respetar las reglas de Medicare cuando se hacen estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican todos los meses en nuestro sitio web aquí: blueshieldca.com/medformulary2027.

Cambios que pueden afectarle este año: Durante el año, los cambios en la cobertura le afectarán en los siguientes casos:

- **Sustituciones inmediatas de ciertas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Es posible que quitemos de inmediato un medicamento de nuestro formulario si lo reemplazamos por una versión nueva del

medicamento que esté en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, y que tenga las mismas restricciones o menos. Al agregar una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero que lo movamos de inmediato a un nivel de costo compartido diferente o que agreguemos restricciones nuevas.

Podemos hacer estos cambios de inmediato solo si agregamos una versión genérica nueva de un medicamento de marca, o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original, que ya estaban en el formulario (por ejemplo, si agregamos un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin que sea necesaria una nueva receta).

Si actualmente está tomando el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no le avisemos antes de hacer un cambio inmediato para el producto en cuestión, pero después le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos hecho.

Si hacemos un cambio así, usted o el profesional que le hace las recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento que cambió. Para obtener más información, consulte más adelante la sección llamada "¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield 65 Plus?".

Es posible que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Para obtener más información, consulte más adelante la sección llamada "¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?".

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) determina que se debe retirar por motivos de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y, después, avisarles a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los miembros que están tomando medicamentos. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del formulario, cuando agregamos un equivalente genérico, o podemos eliminar un producto biológico original, cuando agregamos un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones a un medicamento de marca o a un producto biológico original, o moverlos a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas. Además, es posible que hagamos cambios según las

pautas clínicas nuevas. Si quitamos medicamentos de nuestro formulario, si le agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado a algún medicamento o si movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos avisarles a los miembros afectados al menos 30 días antes de la fecha de comienzo del cambio. Como alternativa, cuando un miembro pide una repetición del medicamento, es posible que reciba un suministro para 30 días y un aviso del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o el profesional que le hace las recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento que estaba tomando. Cuando le enviemos el aviso, también incluiremos información sobre cómo pedir una excepción. Además, puede encontrar otros detalles más adelante en la sección llamada “¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield 65 Plus?”.

Cambios que no le afectarán si está tomando un medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2027 que tenía cobertura a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2027, excepto en las situaciones descritas anteriormente. Por lo tanto, estos medicamentos seguirán estando disponibles para los miembros que los toman, con el mismo costo compartido y sin restricciones nuevas durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá ningún aviso directo sobre cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, estos cambios podrían afectarle y es importante que revise el formulario del nuevo año de beneficios para conocer cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto es válido a partir del 09/01/2026. Comuníquese con nosotros para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Nuestra información de contacto aparece en la parte de adelante y de atrás de este documento. Si hacemos algún otro cambio negativo en el formulario durante el año, los cambios se publicarán en nuestro sitio web, en blueshieldca.com/medformulary2027.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos maneras de buscar su medicamento en el formulario:

Por tipo de problema de salud

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

Por orden alfabético

Si no sabe con seguridad la categoría en la que debe buscar su medicamento, consulte el índice que empieza en la página 128 . En el índice, encontrará una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento, tanto los de marca como los genéricos. Revise el índice y busque su medicamento. Al lado del nombre del medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que indica el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre medicamentos de marca y genéricos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la FDA porque tienen el mismo principio activo que los medicamentos de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los medicamentos de marca. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, esto puede significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. Debido a que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se conocen como biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Para ver un análisis sobre el tipo de medicamentos, consulte la sección 3.1 llamada “La ‘Lista de Medicamentos’ indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos” del Capítulo 5 de la Evidencia de Cobertura.

¿Hay restricciones en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Nuestro plan exige que usted o el profesional que le hace las recetas obtengan una autorización previa para algunos medicamentos. Esto significa que usted deberá obtener una aprobación de nuestro plan, según criterios específicos, antes de recibir sus medicamentos recetados. Si no obtiene la aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.

- **Límites de cantidad:** Para algunos medicamentos, nuestro plan pone un límite en la cantidad de medicamento que nuestro plan cubrirá. Por ejemplo, en el caso del *sumatriptán* (la versión genérica de IMITREX), nuestro plan brinda 18 comprimidos cada 30 días, además de un suministro estándar de un mes o de tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, nuestro plan exige que primero intente tratar su problema de salud con ciertos medicamentos antes de que cubramos otro medicamento para tratar el problema. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para tratar su problema de salud, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento B, a menos que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá entonces el medicamento B.

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

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

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

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

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

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

¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield 65 Plus?

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

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no esté en nuestro formulario. Si se aprueba, ese medicamento será cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede pedirnos que no apliquemos una restricción de cobertura, ya sea una autorización previa, un tratamiento escalonado o un límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, para algunos medicamentos, Blue Shield 65 Plus pone un límite en la cantidad de medicamento que cubriremos. Si hay un límite de cantidad para su medicamento, puede pedirnos que no pongamos ese límite y que cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que ese medicamento corresponda al nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría lo que tiene que pagar por su medicamento.

Por lo general, nuestro plan aprobará su pedido de excepción solamente si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o la aplicación de restricciones no fueran tan eficaces para usted y/o le causaran efectos adversos.

Usted o el profesional que le hace las recetas deben comunicarse con nosotros para pedirnos una excepción de nivel o del formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. ***Cuando pida una excepción, el profesional que le hace las recetas deberá explicar los motivos médicos por los que necesita la excepción.*** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas después de recibir la declaración de respaldo del profesional que le hace las recetas. Puede pedir una decisión urgente (rápida) si usted piensa que esperar hasta 72 horas para que se tome una decisión podría ser muy peligroso para su salud y nosotros estamos de acuerdo con su criterio. En ese caso, o si el profesional que le hace las recetas pide una decisión rápida, debemos comunicarle una decisión, a más tardar, 24 horas después de recibir la declaración de respaldo del profesional que le hace las recetas.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en el formulario o tiene una restricción?

Como miembro actual o nuevo de nuestro plan, es posible que tome medicamentos que no estén en nuestro formulario. O bien, es posible que tome un medicamento que sí esté en nuestro formulario, pero tenga una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con el profesional que le hace las recetas sobre cómo pedir una decisión de cobertura para demostrar que cumple con los criterios de aprobación, cambiar su medicamento por otro alternativo que cubramos o pedir una excepción del formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico deciden qué es lo mejor para usted, es posible que cubramos su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.

Cubriremos un suministro temporal de 30 días si sus medicamentos no están en nuestro formulario o tienen una restricción de cobertura. Si su receta indica menos días, le dejaremos pedir repeticiones hasta alcanzar un suministro de 30 días de medicamentos como máximo. Si su cobertura no está aprobada, dejaremos de pagar esos medicamentos después de su primer suministro para 30 días, aunque aún no hayan pasado los primeros 90 días de su membresía en el plan.

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

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

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

Y son miembros que están en alguna de estas situaciones:

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

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

Durante la etapa de transición, los miembros pueden hablar con los profesionales que les hacen las recetas para decidir si deberían cambiar su medicamento por otro que cubramos o pedir una excepción del formulario para obtener la cobertura de ese medicamento, en caso de que no esté en nuestro formulario o tenga restricciones, como requisitos de tratamiento escalonado o de autorización previa. Los miembros pueden comunicarse con el equipo de Servicio al Cliente de nuestro plan si quieren recibir ayuda para iniciar un pedido de autorización previa o de excepción. Los formularios para pedir una autorización previa o una excepción están disponibles en nuestro sitio web. También se envían por correo postal, correo electrónico o fax a pedido de los miembros y los profesionales que hacen las recetas.

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

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

negativo en el formulario le afecta de un año al siguiente, le brindaremos un suministro temporal para un máximo de 30 días del medicamento que no está en el formulario, en caso de que necesite una repetición del medicamento durante los primeros 90 días del nuevo año del plan.

Las farmacias de LTC y de venta al por menor tienen la capacidad de autorizar, en el punto de venta, la cobertura de un suministro de transición de un medicamento que no esté en el formulario, que requiera autorización previa o que tenga requisitos de tratamiento escalonado, a menos que el medicamento esté sujeto a una revisión para determinar si corresponde a la Parte B o a la Parte D, o se hayan puesto límites para impedir la cobertura de medicamentos que no sean de la Parte D o para fomentar el uso seguro de un medicamento de la Parte D. Cubriremos un suministro de 30 días (si la receta es por menos días, cubriremos varias repeticiones hasta llegar a un total de 30 días de medicamento). En el caso de los miembros elegibles para recibir un subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés), el costo compartido por un suministro temporal de medicamentos brindados en el proceso de transición no superará las cantidades de copago máximo que establece la ley para los miembros elegibles para el LIS. En el caso de los demás miembros (los que no tengan acceso al LIS), para los medicamentos de la Parte D que no estén en el formulario y se brinden durante el período de transición, aplicaremos el mismo costo compartido que correspondería para los medicamentos no incluidos en el formulario que se aprueben mediante una excepción del formulario; y para los medicamentos del formulario sujetos a cambios en la administración del uso que se brinden durante el período de transición, aplicaremos el mismo costo compartido que correspondería una vez cumplidos los criterios de administración del uso. Después de completar el proceso de excepciones y determinar que las dosis de los medicamentos de la Parte D recetadas originalmente son médicamente necesarias, los miembros no deberán pagar ningún costo compartido adicional por repetir varias veces una receta que indica cantidades menores de medicamentos de la Parte D basadas en límites de cantidad por motivos de seguridad.

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

momento en que se hace la transición (si cambia su medicamento por otro medicamento adecuado del formulario o si se toma una decisión sobre un pedido de excepción).

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

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

Cómo obtener más información

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

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

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

Formulario del plan

El siguiente formulario brinda información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene algún inconveniente para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que empieza en la página 128.

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

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

Copagos/Coseguros de la etapa de cobertura inicial para los miembros de los planes Blue Shield 65 Plus en condados Los Angeles, Orange, San Bernardino, y San Diego:

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO Condados de Los Angeles y Orange	COSTO COMPARTIDO Condado de San Bernardino	COSTO COMPARTIDO Condado de San Diego
1: Medicamentos genéricos preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días)	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago
2: Medicamentos genéricos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$5 de copago	\$10 de copago	\$0 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días)	\$7.50 de copago	\$15 de copago	\$0 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$12 de copago	\$18 de copago	\$10 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días)	\$36 de copago	\$54 de copago	\$30 de copago

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO Condados de Los Angeles y Orange	COSTO COMPARTIDO Condado de San Bernardino	COSTO COMPARTIDO Condado de San Diego
3: Medicamentos de marca preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días)	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días)	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
3: Insulinas cubiertas	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$35 de copago o 20% de coseguro, la cantidad que sea menor	\$35 de copago o 20% de coseguro, la cantidad que sea menor	\$35 de copago o 20% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días)	\$105 de copago o 20% de coseguro, la cantidad que sea menor	\$105 de copago o 20% de coseguro, la cantidad que sea menor	\$105 de copago o 20% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$35 de copago o 20% de coseguro, la cantidad que sea menor	\$35 de copago o 20% de coseguro, la cantidad que sea menor	\$35 de copago o 20% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días)	\$105 de copago o 20% de coseguro, la cantidad que sea menor	\$105 de copago o 20% de coseguro, la cantidad que sea menor	\$105 de copago o 20% de coseguro, la cantidad que sea menor

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO Condados de Los Angeles y Orange	COSTO COMPARTIDO Condado de San Bernardino	COSTO COMPARTIDO Condado de San Diego
4: Medicamentos no preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
4: Insulinas cubiertas	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$35 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor	\$35 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor	\$35 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días)	\$105 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor	\$105 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor	\$105 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	\$35 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor	\$35 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor	\$35 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días)	\$105 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor	\$105 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor	\$105 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO Condados de Los Angeles y Orange	COSTO COMPARTIDO Condado de San Bernardino	COSTO COMPARTIDO Condado de San Diego
5: Medicamentos de nivel especializado	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red), costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro para 30 días)	29% de coseguro	29% de coseguro	30% de coseguro
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red), costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro para 100 días)	No hay suministro a largo plazo disponible para los medicamentos	No hay suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del Nivel 5.	No hay suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del Nivel 5.

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

LEYENDA

NIVEL	NOMBRE	
1	Medicamentos genéricos preferidos	
2	Medicamentos genéricos	
3	Medicamentos de marca preferidos	
3	Insulinas cubiertas	
4	Medicamentos no preferidos	
4	Insulinas cubiertas	
5	Medicamentos de nivel especializado	
SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
LA	Acceso limitado (<i>Limited Access</i>)	Es posible que este medicamento recetado esté disponible solamente en algunas farmacias. Para obtener más información, lea su Directorio de Farmacias o llame a nuestro Servicio al Cliente.
PA	Autorización previa (<i>Prior Authorization</i>)	La cobertura de este medicamento recetado requiere una autorización previa de Blue Shield. Llame a Blue Shield para brindar la información necesaria para que se determine la cobertura. Es posible que algunos medicamentos requieran una determinación de cobertura de la Parte B o la Parte D, según las reglas de cobertura de Medicare. Estos medicamentos se identifican con la nota "PA – Part B vs. D Determination" (PA: Determinación de la Parte B o D).
QL	Límite de cantidad (<i>Quantity Limit</i>)	Este medicamento tiene un límite de dosis o de cantidad recetada. Los límites máximos de dosis diaria los define la FDA y se explican en el prospecto del medicamento. Otros límites de cantidad promueven una dosificación consolidada cuando sea posible.
ST	Tratamiento escalonado (<i>Step Therapy</i>)	La cobertura para este medicamento recetado se brinda cuando ya se han probado tratamientos con otros medicamentos de primera línea o medicamentos preferidos (tratamiento escalonado).

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
NDS	Suministro de días no extendido (<i>Non-Extended Day Supply</i>)	Los medicamentos NO están disponibles para un suministro a largo plazo.
INS	Insulina cubierta (<i>Covered Insulin</i>)	No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.
VAC	Vacunación sin costo (\$0 Vaccine)	Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANALGÉSICOS		
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES		
<i>butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30Days), NDS
<i>cataflam 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>celecoxib (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium 1.5 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	NIVEL 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium 75 mg tab dr</i>	NIVEL 1	
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab 24h</i>	NIVEL 2	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<i>etodolac (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>etodolac (400 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>etodolac er (er 400 mg tab er, er 500 mg tab er, er 600 mg tab er)</i>	NIVEL 3	
FLURBIPROFEN (FLURBIPROFEN 100 MG TAB, FLURBIPROFEN 50 MG TAB, FLURBIPROFEN 100 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>meloxicam (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<i>naproxen dr 500 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>oxaprozin 600 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>relafen (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	

OPIOID ANALGÉSICOS, LONG-ACTING

<i>buprenorphine (5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk, 10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk)</i>	NIVEL 4	PA, QL (4 PER 28Days), NDS
<i>fentanyl (12 mcg/hr patch, 25 mcg/hr patch, 50 mcg/hr patch, 75 mcg/hr patch, 100 mcg/hr patch)</i>	NIVEL 3	PA, QL (10 PER 30Days), NDS
<i>methadone hcl (methadone hcl 10 mg/5ml solution, methadone hcl 10 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 4	PA, QL (450 PER 30Days), NDS
<i>methadone hcl (methadone hcl 10 mg/ml solution, methadone hcl 10 mg/ml solution)</i>	NIVEL 4	PA, NDS
<i>methadone hcl (methadone hcl 5 mg/5ml solution, methadone hcl 5 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 4	PA, QL (900 PER 30Days), NDS
<i>methadone hcl 10 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (90 PER 30Days), NDS
<i>methadone hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 30Days), NDS
<i>morphine sulfate er (er 60 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30Days), NDS
<i>morphine sulfate er 15 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (180 PER 30Days), NDS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>morphine sulfate er 30 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (90 PER 30Days), NDS
<i>tramadol hcl er (er 100 mg tab er, er 200 mg tab er, er 300 mg tab er)</i>	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS), NDS
ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA		
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS), NDS
<i>acetaminophen-codeine (acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5ml solution, acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml solution, acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml solution, acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5ml solution)</i>	NIVEL 2	QL (1800 PER 30Days), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 3	QL (15 PER 28Days), NDS
<i>codeine sulfate (codeine sulfate 30 mg tab, codeine sulfate 30 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (168 PER 30Days), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	NIVEL 4	QL (336 PER 30Days), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	NIVEL 4	QL (84 PER 30Days), NDS
<i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (168 PER 30Days), NDS
<i>endocet 10-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30Days), NDS
<i>endocet 7.5-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (112 PER 30Days), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml, 5-217 mg/10ml, 7.5-325 mg/15ml)</i>	NIVEL 4	QL (2520 PER 30Days), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab, hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (154 PER 30Days), NDS
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30Days), NDS
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (42 PER 30Days), NDS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>morphine sulfate (concentrate) (morphine sulfate (concentrate) 20 mg/ml solution, morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml solution, morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 3	QL (70 PER 30Days), NDS
<i>morphine sulfate (morphine sulfate 10 mg/5ml solution, morphine sulfate 10 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 3	QL (630 PER 30Days), NDS
<i>morphine sulfate (morphine sulfate 20 mg/5ml solution, morphine sulfate 20 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 3	QL (315 PER 30Days), NDS
<i>morphine sulfate (morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab, morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30Days), NDS
<i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (56 PER 30Days), NDS
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30Days), NDS
<i>oxycodone hcl 100 mg/5ml conc</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30Days), NDS
<i>oxycodone hcl 20 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30Days), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (168 PER 30Days), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i>	NIVEL 3	QL (840 PER 30Days), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (168 PER 30Days), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30Days), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (112 PER 30Days), NDS
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (112 PER 30Days), NDS

ANESTÉSICOS

ANESTÉSICOS LOCALES

<i>lidocaine 5 % ointment</i>	NIVEL 4	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5 % patch</i>	NIVEL 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine hcl (lidocaine hcl 4 % solution, lidocaine hcl 4 % solution)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los
símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lidocan 5 % patch</i>	NIVEL 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (10 PER 30 DAYS)
PREMIUM LIDOCAINE 5 % OINTMENT	NIVEL 4	QL (50 PER 30 DAYS)

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

DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN

<i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>	NIVEL 4	
<i>disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	

DEPENDENCIA A OPIOIDES

<i>buprenorphine hcl (2 mg tab, 8 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg film, 2-0.5 mg sl tab, 4-1 mg film, 8-2 mg film, 8-2 mg sl tab, 12-3 mg film)</i>	NIVEL 2	

REVERTIDORES OPIOIDEOS

KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 4	QL (2 PER 30Days)
<i>naloxone hcl (naloxone hcl 0.4 mg/ml soln prsyr, naloxone hcl 0.4 mg/ml solution, naloxone hcl 2 mg/2ml soln prsyr, naloxone hcl 0.4 mg/ml soln cart, naloxone hcl 4 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	NIVEL 2	

ANTITABACO, MEDICAMENTOS

<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab 12h</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NICOTROL 10 MG INHALER	NIVEL 4	
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
<i>varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk</i>	NIVEL 4	QL (53 PER 30Days)
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)

ANTIBACTERIANOS

AMINOGLUCÓSIDOS

<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	NIVEL 4	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	NIVEL 5	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
<i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	NIVEL 2	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	NIVEL 4	
<i>tobramycin sulfate (tobramycin sulfate 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 2 gm/50ml solution, tobramycin sulfate 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 1.2 gm/30ml solution, tobramycin sulfate 10 mg/ml solution, tobramycin sulfate 80 mg/2ml solution)</i>	NIVEL 4	

ANTIBACTERIANOS, OTROS

<i>aztreonam (1 gm soln, 2 gm soln)</i>	NIVEL 4	
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>clindamycin hcl (75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>clindamycin phosphate (9 gm/60ml, 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml)</i>	NIVEL 4	
<i>clindamycin phosphate 2 % cream</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml)</i>	NIVEL 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (IN 300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, IN 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, IN 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	NIVEL 4	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>daptomycin (daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 500 mg recon soln, daptomycin 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>	NIVEL 4	QL (4 PACKETS PER 28Days)
<i>lincomycin hcl 300 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>	NIVEL 5	PA
<i>linezolid 600 mg tab</i>	NIVEL 4	PA
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	NIVEL 4	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	NIVEL 5	
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	NIVEL 4	
<i>metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metronidazole (metronidazole 500 mg/100ml solution, metronidazole 0.75 % lotion, metronidazole 1 % gel, metronidazole 500 mg/100ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>metronidazole 0.75 % cream</i>	NIVEL 3	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (50 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>rosadan 0.75 % cream</i>	NIVEL 3	
<i>rosadan 0.75 % gel</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tigecycline (tigecycline 50 mg recon soln, tigecycline 50 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>trimethoprim (trimethoprim 100 mg tab, trimethoprim 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>vancomycin hcl (vancomycin hcl 250 mg cap, vancomycin hcl 2 gm recon soln, vancomycin hcl 125 mg cap, vancomycin hcl 1.5 gm recon soln, vancomycin hcl 750 mg recon soln, vancomycin hcl 1.25 gm recon soln, vancomycin hcl 1.5 gm recon soln, vancomycin hcl 1 gm recon soln, vancomycin hcl 750 mg recon soln, vancomycin hcl 10 gm recon soln, vancomycin hcl 500 mg recon soln, vancomycin hcl 1.75 gm recon soln, vancomycin hcl 10 gm recon soln, vancomycin hcl 100 gm recon soln, vancomycin hcl 500 mg recon soln, vancomycin hcl 1 gm recon soln, vancomycin hcl 1.25 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>vancomycin hcl (vancomycin hcl 5 gm recon soln, vancomycin hcl 5 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
XIFAXAN 200 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (9 PER 30Days)
XIFAXAN 550 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS		
CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	NIVEL 2	
<i>cefadroxil (cefadroxil 500 mg/5ml recon susp, cefadroxil 1 gm tab, cefadroxil 250 mg/5ml recon susp)</i>	NIVEL 3	
<i>cefadroxil 500 mg cap</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>cefazolin sodium (cefazolin sodium 1 gm recon soln, cefazolin sodium 2 gm recon soln, cefazolin sodium 3 gm recon soln, cefazolin sodium 100 gm recon soln, cefazolin sodium 300 gm recon soln, cefazolin sodium 1 gm recon soln, cefazolin sodium 10 gm recon soln, cefazolin sodium 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cefdinir (125 mg/5ml, 250 mg/5ml)</i>	NIVEL 3	
<i>cefedinir 300 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>cefepime hcl (cefepime hcl 1 gm recon soln, cefepime hcl 1 gm/50ml solution, cefepime hcl 2 gm recon soln, cefepime hcl 2 gm/100ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>cefixime (cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 200 mg/5ml recon susp, cefixime 400 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>cefoxitin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)</i>	NIVEL 4	
CEFPODOXIME PROXETIL (CEFPODOXIME PROXETIL 200 MG TAB, CEFPODOXIME PROXETIL 50 MG/5ML RECON SUSP, CEFPODOXIME PROXETIL 100 MG TAB, CEFPODOXIME PROXETIL 100 MG/5ML RECON SUSP)	NIVEL 4	
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ceftaroline fosamil (400 mg soln, 600 mg soln)</i>	NIVEL 5	
CEFTAZIDIME (CEFTAZIDIME 6 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 1 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 2 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ceftriaxone sodium (ceftriaxone sodium 1 gm recon soln, ceftriaxone sodium 2 gm recon soln, ceftriaxone sodium 10 gm recon soln, ceftriaxone sodium 250 mg recon soln, ceftriaxone sodium 1 gm recon soln, ceftriaxone sodium 2 gm recon soln, ceftriaxone sodium 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm soln, 750 mg soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)</i>	NIVEL 2	
TAZICEF (TAZICEF 6 GM RECON SOLN, TAZICEF 2 GM RECON SOLN, TAZICEF 1 GM RECON SOLN, TAZICEF 1 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	
BETALACTÁMICOS, PENICILINAS		
<i>amoxicillin (amoxicillin 125 mg/5ml recon susp, amoxicillin 125 mg chew tab, amoxicillin 200 mg/5ml recon susp, amoxicillin 500 mg cap, amoxicillin 250 mg chew tab, amoxicillin 250 mg cap, amoxicillin 250 mg/5ml recon susp, amoxicillin 400 mg/5ml recon susp, amoxicillin 500 mg tab, amoxicillin 875 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>amoxicillin trihydrate 250 mg/5ml recon susp</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>amoxicillin-pot clavulanate (amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml recon susp, amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg tab, amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg chew tab, amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, amoxicillin-pot clavulanate 250-62.5 mg/5ml recon susp, amoxicillin-pot clavulanate 400-57 mg/5ml recon susp, amoxicillin-pot clavulanate 500-125 mg tab, amoxicillin-pot clavulanate 600-42.9 mg/5ml recon susp)</i>	NIVEL 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 400-57 MG CHEW TAB	NIVEL 3	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab 12h</i>	NIVEL 4	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>ampicillin sodium (ampicillin sodium 1 gm recon soln, ampicillin sodium 10 gm recon soln, ampicillin sodium 1 gm recon soln, ampicillin sodium 250 mg recon soln, ampicillin sodium 2 gm recon soln, ampicillin sodium 2 gm recon soln, ampicillin sodium 125 mg recon soln, ampicillin sodium 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium (ampicillin-sulbactam sodium 1.5 (1-0.5) gm recon soln, ampicillin-sulbactam sodium 1.5 (1-0.5) gm recon soln, ampicillin-sulbactam sodium 3 (2-1) gm recon soln, ampicillin-sulbactam sodium 15 (10-5) gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
BICILLIN L-A (600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR)	NIVEL 4	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>nafcillin sodium (nafcillin sodium 2 gm recon soln, nafcillin sodium 10 gm recon soln, nafcillin sodium 1 gm recon soln, nafcillin sodium 1 gm recon soln, nafcillin sodium 2 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>penicillin g potassium (5000000 soln, 20000000 soln)</i>	NIVEL 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	NIVEL 4	
<i>penicillin v potassium (penicillin v potassium 125 mg/5ml recon soln, penicillin v potassium 250 mg/5ml recon soln, penicillin v potassium 250 mg tab, penicillin v potassium 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>pfizerpen (5000000 soln, 20000000 soln)</i>	NIVEL 4	
<i>piperacillin sod-tazobactam so (2.25 (2-0.25) gm ln, 3-0.375 gm ln, 3.375 (3-0.375) gm ln, 4-0.5 gm ln, 4.5 (4-0.5) gm ln, 13.5 (12-1.5) gm ln, 40.5 (36-4.5) gm ln)</i>	NIVEL 4	
CARBAPENÉMICOS		
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	NIVEL 3	
<i>imipenem-cilastatin (imipenem-cilastatin 500 mg recon soln, imipenem-cilastatin 250 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>meropenem (1 gm soln, 500 mg soln)</i>	NIVEL 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	NIVEL 4	
MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i>	NIVEL 2	
AZITHROMYCIN 1 GM PACKET	NIVEL 3	
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>clarithromycin er 500 mg tab 24h</i>	NIVEL 4	
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 5	PA, QL (136 PER 10Days)
<i>e.e.s. 400 (e.e.s. 400 400 mg tab, e.e.s. 400 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>erythrocin lactobionate (erythrocin lactobionate 500 mg recon soln, erythrocin lactobionate 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin base (erythromycin base 250 mg tab, erythromycin base 250 mg cp dr part, erythromycin base 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5ml recon susp, 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>fidaxomicin 200 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (20 PER 10Days)
QUINOLONAS		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	NIVEL 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	NIVEL 4	
<i>ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%), 500 mg/5ml (10%))</i>	NIVEL 4	
<i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ciprofloxacin in d5w (ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution, ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>levofloxacin (levofloxacin 25 mg/ml solution, levofloxacin 25 mg/ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>levofloxacin in d5w (in 500 mg/100ml, in 750 mg/150ml)</i>	NIVEL 4	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL 400 MG/250ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SULFONAMIDAS		
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 2	
TETRACICLINAS		
<i>avidoxy 100 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>doxy 100 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>doxycycline monohydrate (50 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>doxycycline monohydrate (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>minocycline hcl (50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>monodoxyne nl 100 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 4	
ANTICONVULSIVOS		
ANTICONVULSIVOS, OTROS		
<i>brivaracetam (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 5	ST, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>brivaracetam 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 5	ST, QL (600 PER 30 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<i>divalproex sodium er (er 250 mg tab er, er 500 mg tab er)</i>	NIVEL 2	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>	NIVEL 4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lamotrigine (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>lamotrigine (5 mg chew tab, 25 mg chew tab)</i>	NIVEL 2	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab, 1000 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>levetiracetam er 500 mg tab 24h</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>levetiracetam er 750 mg tab 24h</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>perampanel (4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab, 10 mg tab, 12 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>perampanel 0.5 mg/ml suspension</i>	NIVEL 4	QL (720 PER 30 DAYS)
<i>perampanel 2 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>roweepra 500 mg tab</i>	NIVEL 2	
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>subvenite (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (1500 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>topiramate (15 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>topiramate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>valproate sodium (100 mg/ml, 500 mg/5ml)</i>	NIVEL 4	
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 2	
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

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

GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS

<i>clobazam 10 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	NIVEL 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 20 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>diazepam 10 mg gel</i>	NIVEL 4	QL (20 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 2.5 mg gel</i>	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 20 mg gel</i>	NIVEL 4	QL (40 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin (250 mg/5ml, 300 mg/6ml)</i>	NIVEL 3	QL (2160 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>phenobarbital (phenobarbital 15 mg tab, phenobarbital 97.2 mg tab, phenobarbital 60 mg/15ml elixir, phenobarbital 64.8 mg tab, phenobarbital 16.2 mg tab, phenobarbital 20 mg/5ml elixir, phenobarbital 30 mg tab, phenobarbital 32.4 mg tab, phenobarbital 60 mg tab, phenobarbital 64.8 mg tab, phenobarbital 100 mg tab, phenobarbital 15 mg tab, phenobarbital 16.2 mg tab, phenobarbital 20 mg/5ml elixir, phenobarbital 30 mg tab, phenobarbital 30 mg/7.5ml elixir, phenobarbital 32.4 mg tab, phenobarbital 60 mg tab, phenobarbital 97.2 mg tab, phenobarbital 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>primidone (primidone 50 mg tab, primidone 125 mg tab, primidone 250 mg tab)</i>	NIVEL 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYMPAZAN 5 MG FILM	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tiagabine hcl (tiagabine hcl 12 mg tab, tiagabine hcl 4 mg tab, tiagabine hcl 16 mg tab, tiagabine hcl 2 mg tab, tiagabine hcl 12 mg tab, tiagabine hcl 16 mg tab)</i>	NIVEL 4	
VALTOCO 10 MG DOSE /0.1ML LIQUID	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 /0.1ML LIQD THPK	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 0 X 10 /0.1ML LIQD THPK	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE /0.1ML LIQUID	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i>	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	LA, QL (1080 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS

<i>carbamazepine (carbamazepine 200 mg/10ml suspension, carbamazepine 200 mg chew tab, carbamazepine 100 mg chew tab, carbamazepine 100 mg/5ml suspension, carbamazepine 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>carbamazepine er (er 100 mg cap er, er 100 mg tab er, er 200 mg cap er, er 200 mg tab er, er 300 mg cap er, er 400 mg tab er)</i>	NIVEL 3	
DILANTIN (30 MG CAP, 100 MG CAP)	NIVEL 4	
<i>epitol 200 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lacosamide (10 mg/ml, 50 mg/5ml, 100 mg/10ml)</i>	NIVEL 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin (50 mg chew tab, 100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin infatabs infas 50 mg chew</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	NIVEL 4	ST, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	NIVEL 5	ST, QL (2400 PER 30 DAYS)
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	NIVEL 4	ST, QL (240 PER 30 DAYS)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 TAB THPK	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 TAB THPK	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (COPRI 14 150 MG 14 200 MG TAB THPK, COPRI 14 50 MG 14 100 MG TAB THPK)	NIVEL 5	QL (28 PER 28Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI COPRI 14 12.5 MG & 14 25 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (28 PER 28Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	
<i>zonisamide (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 2	

ANTIDEMENCIALES

ANTIDEMENCIALES, OTROS

ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	NIVEL 3	
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) 2 X 250 /1.25ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, LA, QL (10 ML PER 28 DAYS)
LEQEMBI IQLIK 360 MG/1.8ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, LA, QL (7.2 ML PER 28 DAYS)

INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

<i>donepezil hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>donepezil hcl 23 mg tab</i>	NIVEL 4	ST
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i>	NIVEL 2	
<i>galantamine hydrobromide (galantamine hydrobromide 4 mg tab, galantamine hydrobromide 12 mg tab, galantamine hydrobromide 4 mg/ml solution, galantamine hydrobromide 8 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er, er 16 mg cap er, er 24 mg cap er)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rivastigmine (4.6 mg/patch, 9.5 mg/patch, 13.3 mg/patch)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>	NIVEL 3	

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

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

ANTIDEPRESIVOS

ANTIDEPRESIVOS, OTHER

AUVELITY 45-105 MG TAB ER	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUVELITY TITRATION PACK 30-105 MG & 45-105 MG TBER THPK	NIVEL 4	QL (102 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab 12h</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab 12h</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab 12h</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab 24h</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab 24h</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
EXXUA (18.2 MG TAB ER 24H, 36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	QL (64 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYBALVI (5-10 MG TAB, 10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>mirtazapine (7.5 mg tab, 15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp)</i>	NIVEL 2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	NIVEL 5	QL (28 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	NIVEL 5	QL (14 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA

EMSAM (6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN 10 MG TAB	NIVEL 4	
PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB	NIVEL 2	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	NIVEL 4	

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

<i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>citalopram hydrobromide (10 mg/5ml, 20 mg/10ml)</i>	NIVEL 3	
<i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er)</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er 100 mg tab 24h</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>escitalopram oxalate (5 mg/5ml, 10 mg/10ml)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FETZIMA (20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H, 120 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	NIVEL 4	QL (28 PER 30Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 1	
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>	NIVEL 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	NIVEL 4	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)	NIVEL 3	
<i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl er (er 12.5 mg tab er, er 25 mg tab er, er 37.5 mg tab er)</i>	NIVEL 4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sertraline hcl (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	NIVEL 3	
<i>trazodone hcl (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>trazodone hcl 300 mg tab</i>	NIVEL 3	
TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap er, er 150 mg cap er)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap 24h</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
TRICÍCLICOS		
<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>amoxapine (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>desipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>doxepin hcl (doxepin hcl 10 mg/ml conc, doxepin hcl 10 mg/ml conc)</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>doxepin hcl (doxepin hcl 150 mg cap, doxepin hcl 10 mg cap, doxepin hcl 25 mg cap, doxepin hcl 50 mg cap, doxepin hcl 75 mg cap, doxepin hcl 100 mg cap, doxepin hcl 150 mg cap)</i>	NIVEL 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>protriptyline hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIEMÉTICOS		
ANTIEMÉTICOS, OTROS		
<i>compro 25 mg suppos</i>	NIVEL 4	
<i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metoclopramide hcl (5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg tab, 10 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

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

COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGENICA

<i>aprepitant (80 & 125 mg cap thpk, 80 mg cap, 125 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
<i>dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 4 mg tab disp</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 8 mg tab disp</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	NIVEL 2	QL (15 PER 30Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	QL (900 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIFÚNGICOS

ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i>	NIVEL 2	
CRESEMBA 186 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CRESEMBA 74.5 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>fluconazole (10 mg/ml recon susp, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>fluconazole in sodium chloride (in 200-0.9 mg/100ml-%, in 400-0.9 mg/200ml-%)</i>	NIVEL 4	
<i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 5	
<i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	NIVEL 4	
<i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	NIVEL 4	
<i>micafungin sodium (micafungin sodium 50 mg recon soln, micafungin sodium 100 mg recon soln, micafungin sodium 50 mg recon soln, micafungin sodium 100 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	NIVEL 3	
<i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>	NIVEL 4	
<i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i>	NIVEL 2	
<i>nystatin 100000 unit/gm powder</i>	NIVEL 4	
<i>nystop 100000 unit/gm powder</i>	NIVEL 4	
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	NIVEL 4	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>terconazole (0.4 %, 0.8 %)</i>	NIVEL 3	
<i>terconazole 80 mg suppos</i>	NIVEL 4	
<i>voriconazole (40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA
<i>voriconazole (voriconazole 200 mg recon soln, voriconazole 200 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIGOTOSOS

<i>allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>probenecid 500 mg tab</i>	NIVEL 2	

ANTIJAQUECOSOS

CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS

AIMOVIG (70 MG/ML SOLN A-INJ, 140 MG/ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 /ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 30 DAYS)
NURTEC 75 MG TAB DISP	NIVEL 5	PA, QL (16 PER 30Days)

ALCALOIDES DE ERGOTAMINA

<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB	NIVEL 3	QL (40 PER 28 DAYS)

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

<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (18 PER 30Days)
<i>rizatriptan benzoate (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 30Days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>sumatriptan (5 mg/act, 20 mg/act)</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30Days)
<i>sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30Days)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (8 PER 30Days)
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	NIVEL 4	QL (8 PER 30Days)

ANTIMIASTÉNICOS

PARASIMPATICOMIMÉTICOS

<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab</i>	NIVEL 4	

ANTIMICOBACTERIANOS

ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS

<i>dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	NIVEL 4	

ANTITUBERCULOSOS

<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>isoniazid (50 mg/5ml syrup, 100 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	
PRETOMANID 200 MG TAB	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
PRIFTIN 150 MG TAB	NIVEL 4	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>rifapentine 150 mg tab</i>	NIVEL 4	
SIRTURO (20 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	PA
TRECTOR 250 MG TAB	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTINEOPLÁSICOS		
ALQUILANTES		
CYCLOPHOSPHAMIDE (CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TAB, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
LEUKERAN 2 MG TAB	NIVEL 4	
<i>lomustine (10 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>lomustine 100 mg cap</i>	NIVEL 5	
MATULANE 50 MG CAP	NIVEL 5	LA
ANTIANDRÓGENOS		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abirtega 250 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
ERLEADA 240 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EULEXIN 125 MG CAP	NIVEL 3	
FLUTAMIDE 125 MG CAP	NIVEL 3	
<i>nilutamide (nilutamide 150 mg tab, nilutamide 150 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los
símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
XTANDI 40 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIANGIOGÉNICOS

<i>lenalidomide (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap)</i>	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)</i>	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 50 MG CAP	NIVEL 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES

<i>fulvestrant (fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr, fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr)</i>	NIVEL 5	
INLURIYO 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	NIVEL 4	
VEPPANU (100 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIMETABOLITOS

<i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID LOID 40 MG	NIVEL 3	
ANTINEOPLÁSICOS, OTROS		
AKEEGA (50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 40 MG CAP	NIVEL 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	NIVEL 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IWILFIN 192 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB	NIVEL 2	
<i>leucovorin calcium (100 mg soln, 350 mg soln)</i>	NIVEL 4	
<i>leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	NIVEL 5	
MODEYSO 125 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (20 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ZOLINZA 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN		
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	NIVEL 1	
<i>exemestane 25 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE ENZIMAS		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER	NIVEL 5	LA, QL (66 PER 28Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 240 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES		
ALECENSA 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BOSULIF 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	NIVEL 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 500 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bosutinib (400 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bosutinib 100 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 160 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAVHANZA 60 MG TAB DISP	NIVEL 5	QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAVHANZA 80 MG TAB DISP	NIVEL 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 KIT	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 & 80 KIT	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 KIT	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2 mg tab, 3 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (126 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG TAB SOL	NIVEL 5	LA, QL (168 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 2 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HERNEXEOS 60 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HYRNUO 10 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (75 MG CAP, 75 MG TAB, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBTROZI 200 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (140 MG CAP, 140 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (70 MG CAP, 280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
JAKAFI XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H, 33 MG TAB ER 24H, 44 MG TAB ER 24H, 55 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) (TAB THPK	NIVEL 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 TAB THPK	NIVEL 5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 TAB THPK	NIVEL 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) (& 2.5 TAB THPK	NIVEL 5	QL (49 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK	NIVEL 5	QL (70 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK	NIVEL 5	QL (91 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOMZIFTI 200 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) (110 & CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 & 2 X 4 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) (0 X 10 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) (X 10 & CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) (CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (125 MG DOSE) (X & X 00 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (18 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (150 MG DOSE) (50 2 X 25 & X 00 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (27 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	NIVEL 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 240 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	NIVEL 5	LA, QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MEKTOVI 15 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nilotinib hcl (50 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	NIVEL 5	QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 5	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PAZOPANIB HCL 400 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) (TAB THPK	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & TAB THPK	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 TAB THPK	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (80 MG TAB, 120 MG TAB, 160 MG TAB)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG CAP	NIVEL 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
RETEVMO 80 MG CAP	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 110 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 160 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	NIVEL 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCSEMBLIX 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCSEMBLIX 20 MG TAB	NIVEL 5	QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCSEMBLIX 40 MG TAB	NIVEL 5	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	NIVEL 5	QL (210 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 25 mg cap</i>	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	NIVEL 5	LA, QL (900 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	NIVEL 5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (50 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 125 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	NIVEL 3	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	NIVEL 4	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (50 MG CAP SPRINK, 200 MG CAP, 250 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 20 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (32 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETINOIDES		
<i>bexarotene 1 % gel</i>	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	NIVEL 5	
COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO		
<i>mesna 400 mg tab</i>	NIVEL 4	
VONJO 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIPARASITARIOS		
ANTIHELMÍNTICOS		
<i>albendazole 200 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	NIVEL 3	
ANTIPROTOZOICOS		
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 4	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)</i>	NIVEL 2	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	NIVEL 4	QL (240 PER 365Days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	NIVEL 4	QL (720 PER 365Days)
<i>chloroquine phosphate (chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	NIVEL 4	QL (24 PER 2Days)
<i>hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
IMPAVIDO 50 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 3Days)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	NIVEL 3	
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>primaquine phosphate (primaquine phosphate 26.3 base mg tab, primaquine phosphate 26.3 base mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	NIVEL 5	PA
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	NIVEL 3	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

ANTIPARKINSONIANOS

ANTICOLINÉRGICOS

<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	
--	---------	--

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>benztropine mesylate 1 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (240 PER 30 DAYS)
AGONISTAS DE LA DOPAMINA		
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ropinirole hcl er (er 2 mg tab er, er 4 mg tab er, er 6 mg tab er)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 12 mg tab 24h</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 8 mg tab 24h</i>	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
PRECURSORES DE LA DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA L-AMINOÁCIDO DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa 25 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 mg tab er, er 50-200 mg tab er)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
ANTIPSIÓTICOS		
PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS		
<i>chlorpromazine hcl (chlorpromazine hcl 10 mg tab, chlorpromazine hcl 25 mg tab, chlorpromazine hcl 25 mg/ml solution, chlorpromazine hcl 30 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 50 mg tab, chlorpromazine hcl 50 mg/2ml solution, chlorpromazine hcl 100 mg tab, chlorpromazine hcl 100 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 200 mg tab, chlorpromazine hcl 30 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 100 mg/ml conc)</i>	NIVEL 4	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>fluphenazine hcl (fluphenazine hcl 2.5 mg/ml solution, fluphenazine hcl 1 mg tab, fluphenazine hcl 2.5 mg tab, fluphenazine hcl 5 mg tab, fluphenazine hcl 10 mg tab, fluphenazine hcl 2.5 mg/5ml elixir, fluphenazine hcl 5 mg/ml conc)</i>	NIVEL 4	
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>haloperidol decanoate (50 mg/ml, 100 mg/ml)</i>	NIVEL 3	
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>	NIVEL 3	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>loxapine succinate (5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	NIVEL 4	QL (240 PER 30 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (270 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	NIVEL 4	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>thioridazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	

SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS

ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	QL (750 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 2 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 5 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>asenapine maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK A BYSNTI TITRTION PCK 1 & 2 & 4 & 6 MG TB THPK	NIVEL 5	QL (16 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK B YSANTI 1 & 2 & 6 & 8 MG TATHPK	NIVEL 5	QL (24 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK C PAK 1 & 2 & 6 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (16 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (4.5 ML PER 365Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK A FNPT TITRTION PCK 1 & 2 & 4 & 6 MG TB	NIVEL 4	QL (8 PER 30Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TA	NIVEL 4	QL (12 PER 30Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK C PAK 1 & 2 & 6 MG TAB	NIVEL 4	QL (8 PER 30Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (3.5 PER 180Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (5 PER 180Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.88 PER 84Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.32 PER 84Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.75 PER 84Days), PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (2.63 PER 84Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 120 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lurasidone hcl 80 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>olanzapine (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>olanzapine (5 mg tab disp, 10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
OPIPZA (5 MG FILM, 10 MG FILM)	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OPIPZA 2 MG FILM	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tab er, er 3 mg tab er, er 9 mg tab er)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er 6 mg tab 24h</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (90 MG PRSYR, 120 MG PRSYR)	NIVEL 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>quetiapine fumarate (quetiapine fumarate 25 mg tab, quetiapine fumarate 50 mg tab, quetiapine fumarate 150 mg tab, quetiapine fumarate 100 mg tab, quetiapine fumarate 200 mg tab, quetiapine fumarate 300 mg tab, quetiapine fumarate 400 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>quetiapine fumarate er (er 50 mg tab er, er 150 mg tab er, er 200 mg tab er, er 300 mg tab er, er 400 mg tab er)</i>	NIVEL 4	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los
símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>risperidone (risperidone 2 mg tab disp, risperidone 0.25 mg tab disp, risperidone 0.5 mg tab disp, risperidone 1 mg tab disp, risperidone 3 mg tab disp, risperidone 4 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	NIVEL 3	
<i>risperidone microspheres er (er 12.5 mg, er 25 mg)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risperidone microspheres er (er 37.5 mg, er 50 mg)</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	NIVEL 4	QL (7 PER 30Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (50-20 MG CAP, 100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	NIVEL 5	QL (112 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RESISTENTES AL TRATAMIENTO		
<i>clozapine (12.5 mg tab disp, 25 mg tab disp, 100 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<i>clozapine (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (540 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIESPÁSTICOS		
<i>baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>baclofen 15 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>baclofen 5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 2	
ANTIVÍRICOS		
ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)		
LIVTENCITY 200 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS (20 MG PACKET, 120 MG PACKET)	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	NIVEL 5	QL (200 PER 365Days)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	NIVEL 4	QL (540 PER 30 DAYS)
ANTIHEPATÍTICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (630 PER 30 DAYS)
<i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	NIVEL 3	
ANTIHEPÁTICOS CONTRA LA HEPATITIS C		
MAVYRET 100-40 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	NIVEL 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>ribavirin (ribavirin 6 gm recon soln, ribavirin 6 gm recon soln)</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	NIVEL 5	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	NIVEL 3	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
TIVICAY (25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
TIVICAY 10 MG TAB	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NO NUCLEOSÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	NIVEL 5	QL (180 PER 30 DAYS)
EFAVIRENZ 200 MG CAP	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
EFAVIRENZ 50 MG CAP	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (efavirenz-lamivudine-tenofovir 400-300-300 mg tab, efavirenz-lamivudine-tenofovir 600-300-300 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg</i>	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>etravirine 100 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>etravirine 200 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
NEVIRAPINE ER 100 MG TAB 24H	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tab 24h</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>rilpivirine hcl 25 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)

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

<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (720 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine (10 mg/ml, 300 mg/30ml)</i>	NIVEL 3	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
STAVUDINE (15 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP, 40 MG CAP)	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	NIVEL 4	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	NIVEL 2	QL (1800 PER 30 DAYS)

ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS

CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	NIVEL 5	QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	NIVEL 5	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
IDVYNZO 100-0.25 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 150 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (1800 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TAB	NIVEL 3	QL (240 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TAB	NIVEL 5	QL (240 PER 30 DAYS)
SUNLENCA 300 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 168Days)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (4 PER 180Days)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (3 PER 180Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (5 PER 180Days)
TYBOST 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA

APTIVUS 250 MG CAP	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>darunavir 600 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (390 PER 30 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (1680 PER 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	QL (390 PER 30 DAYS)
NORVIR 100 MG CAP	NIVEL 4	
NORVIR 100 MG PACKET	NIVEL 4	QL (360 PER 30 DAYS)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (450 PER 30 DAYS)
PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (240 PER 30 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	NIVEL 3	QL (300 PER 30 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (360 PER 30 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	NIVEL 5	QL (270 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)

ANTIGRIPALES

<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 180Days)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (42 PER 180Days)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	NIVEL 3	QL (1080 PER 365Days)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 180Days)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 180Days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	NIVEL 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	NIVEL 4	QL (2 PER 30Days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	NIVEL 4	QL (1 PER 30Days)

ANTIHERPÉTICOS

<i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	NIVEL 4	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	

ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS

LAGEVRIO 200 MG CAP	NIVEL 5	QL (40 PER 30Days)
PAXLOVID (150/100) MG & 0MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (20 PER 30Days)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 10 MG 100MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (11 PER 30Days)
PAXLOVID (300/100) 20 150 MG & 0MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (30 PER 30Days)

ANSIOLÍTICOS

ANSIOLÍTICOS, OTROS

<i>buspirone hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 2	
--	---------	--

BENZODIACEPINAS

<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)</i>	NIVEL 3	QL (1200 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>clonazepam 0.5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab disp</i>	NIVEL 3	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab disp</i>	NIVEL 3	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (720 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 10 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	NIVEL 2	QL (1800 PER 30 DAYS)
<i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam 0.5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam 1 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam 2 mg/ml conc</i>	NIVEL 3	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>	NIVEL 3	QL (150 PER 30 DAYS)

BIPOLARES

ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO

<i>lithium 8 meq/5ml solution</i>	NIVEL 2
<i>lithium carbonate (lithium carbonate 150 mg cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 300 mg tab, lithium carbonate 600 mg cap, lithium carbonate 150 mg cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 600 mg cap)</i>	NIVEL 2
<i>lithium carbonate er (er 300 mg tab er, er 450 mg tab er)</i>	NIVEL 2

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
REGULADORES DE LA GLUCEMIA		
ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>dapaglifloz base-metformin er (er 5-500 mg tab er, er 10-1000 mg tab er, er 10-500 mg tab er)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dapaglifloz base-metformin er 5-1000 mg tab 24h</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide (glipizide 2.5 mg tab, glipizide 5 mg tab, glipizide 10 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide xl (2.5 mg tab er, 5 mg tab er, 10 mg tab er)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	NIVEL 1	
<i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	NIVEL 1	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
JANUMET XR (50-500 MG TAB ER 24H, 100-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl (500 mg tab, 850 mg tab, 1000 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>metformin hcl er (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er)</i>	NIVEL 1	
MOUNJARO (2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)</i>	NIVEL 1	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) (MG/1.5ML SOLN PEN)	NIVEL 3	PA, QL (1.5 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) (MG/3ML SOLN PEN)	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)</i>	NIVEL 1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 1	
RYBELSUS (3 MG TAB, 7 MG TAB, 14 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sitagliptin phos-metformin hcl er (er 50-500 mg tab er, er 100-1000 mg tab er)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sitagliptin phos-metformin hcl er 50-1000 mg tab 24h</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sitagliptin phos-metformin hcl (50-1000 mg tab, 50-500 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>sitagliptin phosphate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
SYNJARDY (5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR (5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
GLUCÉMICOS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30Days)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30Days)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	NIVEL 5	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	NIVEL 3	QL (2 PER 2Days)
<i>glucagon emergency (glucagon emergency 1 mg recon soln, glucagon emergency 1 mg recon soln, glucagon emergency 1 mg/ml recon soln)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 2Days)
INSULINAS		
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	NIVEL 3	INS
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	NIVEL 3	INS

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN KWIK(50-50) 100 UNIT/ML SUSP	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN KWIK(75-25) 100 UNIT/ML SUSP	NIVEL 3	INS
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	INS
HUMULIN 70/30 KWIKPEN KWIK(70-30) 100 UNIT/ML SUSP	NIVEL 3	INS
HUMULIN N 100 UIT/ML SUSPESIO	NIVEL 3	INS
HUMULIN N KWIKPEN KWIK100 UIT/ML SUSP	NIVEL 3	INS
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	INS
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) (CONCENTATED) UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, INS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN KWIKUNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 /ML SOLN PEN	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	INS
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (40 PER 30 DAYS), INS
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (45 PER 30 DAYS), INS
NOVOLIN R FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
NOVOLIN R FLEXPEN RELION FLEXELION 100 UNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 DAYS), INS
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 DAYS), INS

Puede encontrar información sobre el significado de los
símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS), INS
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS), INS
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (27 PER 30 DAYS), INS

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

ANTICOAGULANTES

<i>dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 110 mg cap, 150 mg cap)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (0.15 MG CAP SPRINK, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 TAB SOL	NIVEL 3	QL (360 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 TAB SOL	NIVEL 3	QL (480 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (74 PER 180Days)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium (80 mg/0.8ml soln, 120 mg/0.8ml soln)</i>	NIVEL 4	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr</i>	NIVEL 4	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr</i>	NIVEL 4	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	NIVEL 5	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	NIVEL 4	QL (15 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>	NIVEL 5	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml, 5000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml)</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>jantoven (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>rivaroxaban 1 mg/ml recon susp</i>	NIVEL 3	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>rivaroxaban 2.5 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>warfarin sodium (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 1	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (51 PER 180Days)

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS

<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	NIVEL 3	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 60 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR)	NIVEL 4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (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)	NIVEL 5	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>eltrombopag olamine 25 mg packet</i>	NIVEL 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 75 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
LEUKINE 250 MCG RECON SOLN	NIVEL 5	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA
RETACRIT (2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	NIVEL 4	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA

HEMOSTÁTICOS

<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
-----------------------------------	---------	---------------------

MODIFICADORES PLAQUETARIOS

<i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap 12h</i>	NIVEL 4	
<i>cilostazol (50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	NIVEL 1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>prasugrel hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)

CARDIOVASCULARES

AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA

<i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>	NIVEL 3	
---	---------	--

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (540 PER 30 DAYS)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
<i>droxidopa 300 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (84 PER 90Days)
<i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	
METHYLDOPA (METHYLDOPA 500 MG TAB, METHYLDOPA 250 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 3	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA		
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>terazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	NIVEL 1	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>irbesartan (75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>valsartan (40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab)</i>	NIVEL 1	
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)		
<i>benazepril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>captopril (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>	NIVEL 1	
PERINDOPRIL ERBUMINE (PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 8 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 4 MG TAB)	NIVEL 1	
<i>quinapril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>ramipril (1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	NIVEL 1	
<i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 1	
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>digox 125 mcg tab</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	NIVEL 2	
MULTAQ 400 MG TAB	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>pacerone 200 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>sorine (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sotalol hcl (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sotalol hcl (af) (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)</i>	NIVEL 2	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>atenolol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>carvedilol (3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metoprolol succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>	NIVEL 1	
<i>metoprolol tartrate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>pindolol (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
PROPRANOLOL HCL (PROPRANOLOL HCL 40 MG/5ML SOLUTION, PROPRANOLOL HCL 20 MG/5ML SOLUTION)	NIVEL 3	
<i>propranolol hcl er (er 60 mg cap er, er 80 mg cap er, er 120 mg cap er, er 160 mg cap er)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>timolol maleate (timolol maleate 20 mg tab, timolol maleate 5 mg tab, timolol maleate 10 mg tab, timolol maleate 20 mg tab, timolol maleate 5 mg tab)</i>	NIVEL 4	

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHYDROPYRIDINES

<i>amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>felodipine er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)</i>	NIVEL 2	
<i>isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>nifedipine er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)</i>	NIVEL 2	
<i>nifedipine er osmotic release (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)</i>	NIVEL 2	
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	NIVEL 4	

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>diltiazem hcl er (er 60 mg cap er 12h, er 90 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 24h, er 120 mg tab er 24h, er 180 mg cap er 24h, er 180 mg tab er 24h, er 240 mg cap er 24h, er 240 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h, er 360 mg tab er 24h, er 420 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl er beads 420 mg cap 24h</i>	NIVEL 2	
<i>matzim la (180 mg tab er, 240 mg tab er, 300 mg tab er, 360 mg tab er, 420 mg tab er)</i>	NIVEL 2	
<i>taztia xt (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er, 300 mg cap er, 360 mg cap er)</i>	NIVEL 2	
<i>tiadylt er (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er, er 300 mg cap er, er 360 mg cap er, er 420 mg cap er)</i>	NIVEL 2	
<i>verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)</i>	NIVEL 1	
VERAPAMIL HCL ER (ER 100 MG CAP ER 24H, ER 200 MG CAP ER 24H, ER 300 MG CAP ER 24H, ER 360 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	
<i>verapamil hcl er (er 120 mg cap er 24h, er 120 mg tab er, er 180 mg cap er 24h, er 180 mg tab er, er 240 mg cap er 24h, er 240 mg tab er)</i>	NIVEL 2	
CARDIOVASCULARES, OTROS		
<i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide (amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab, amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl (2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap, 10-20 mg cap, 10-40 mg cap)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>amlodipine besylate-valsartan (5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab, 10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>amlodipine-valsartan-hctz (5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab, 10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
CAPTOPRIL- HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	NIVEL 1	
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>losartan potassium-hctz (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metirosine 250 mg cap</i>	NIVEL 5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-25 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>ranolazine er (er 500 mg tab er, er 1000 mg tab er)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sacubitril-valsartan (49-51 mg tab, 97-103 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sacubitril-valsartan 24-26 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>telmisartan-amlodipine (telmisartan-amlodipine 40-5 mg tab, telmisartan-amlodipine 80-5 mg tab, telmisartan-amlodipine 40-10 mg tab, telmisartan-amlodipine 80-10 mg tab, telmisartan-amlodipine 80-5 mg tab, telmisartan-amlodipine 40-10 mg tab, telmisartan-amlodipine 40-5 mg tab, telmisartan-amlodipine 80-10 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (ER 1-240 MG TAB ER, ER 2-180 MG TAB ER, ER 2-240 MG TAB ER, ER 4-240 MG TAB ER)	NIVEL 1	
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WEGOVY (0.25 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 0.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS), NDS
WEGOVY (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WEGOVY (1.7 MG/0.75ML SOLN A-INJ, 2.4 MG/0.75ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS), NDS
DIURÉTICOS, ASA		
<i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>bumetanide 0.25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>furosemide (furosemide 10 mg/ml solution, furosemide 10 mg/ml solution)</i>	NIVEL 4	
FUROSEMIDE (FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 40 MG TAB, FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 20 MG TAB, FUROSEMIDE 80 MG TAB)	NIVEL 1	
<i>torsemide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	
DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO		
<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DIURÉTICOS, TIAZIDAS		
<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO		
<i>fenofibrate (48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap, 134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>fenofibrate micronized (43 mg cap, 67 mg cap, 130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>fenofibric acid (45 mg cap dr, 135 mg cap dr)</i>	NIVEL 3	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	NIVEL 2	
DISLIPIDÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HIDROXIMETILGLUTARIL-COENZIMA A (HMG-COA) REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 1	
<i>fluvastatin sodium er 80 mg tab 24h</i>	NIVEL 2	
<i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>simvastatin (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
DISLIPIDÉMICOS, OTROS		
<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	NIVEL 2	
<i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)</i>	NIVEL 3	
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	NIVEL 2	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	NIVEL 4	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) (er 750 mg tab er, er 1000 mg tab er)</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	NIVEL 4	
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	NIVEL 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	NIVEL 3	PA
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
<i>dapagliflozin (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)	NIVEL 3	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
VASODILADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA		
<i>hydralazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>minoxidil (2.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA/VENOUS		
<i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>isosorbide mononitrate er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er)</i>	NIVEL 1	
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab 24h</i>	NIVEL 2	
<i>nitro-bid 2 % ointment</i>	NIVEL 3	
<i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	NIVEL 2	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>nitroglycerin 2 % ointment</i>	NIVEL 3	

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

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

<i>amphetamine-dextroamphet er (er 5 mg cap er, er 10 mg cap er, er 15 mg cap er, er 20 mg cap er, er 25 mg cap er, er 30 mg cap er)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 30 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)

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

<i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>guanfacine hcl er (er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er, er 4 mg tab er)</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg chew tab</i>	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 20 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (90 PER 30 DAYS)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL

AUSTEDO (9 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
AUSTEDO 6 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR (6 MG TAB ER 24H, 12 MG TAB ER 24H, 18 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H, 36 MG TAB ER 24H, 42 MG TAB ER 24H, 48 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK	NIVEL 5	PA, QL (28 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 6 & 12 & 24 MG TBER THPK	NIVEL 5	PA, QL (42 PER 30Days)
<i>bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30Days), NDS
<i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30Days), NDS
<i>riluzole 50 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
VEOZAH 45 MG TAB	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>duloxetine hcl 20 mg cp dr part</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl 60 mg cp dr part</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	NIVEL 3	QL (900 PER 30 DAYS)

ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA

BETASERON 0.3 MG KIT	NIVEL 5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>dalfampridine er 10 mg tab 12h</i>	NIVEL 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)</i>	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk</i>	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr</i>	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr</i>	NIVEL 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsyr</i>	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsyr</i>	NIVEL 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>teriflunomide (7 mg tab, 14 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

BUCODENTALES

<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	NIVEL 4
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	NIVEL 2
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	NIVEL 3
<i>oralone 0.1 % paste</i>	NIVEL 3
<i>periogard 0.12 % solution</i>	NIVEL 2
<i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 3
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	NIVEL 3

DERMATOLÓGICOS

ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

<i>accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4
<i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>	NIVEL 4
<i>amnestem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4
<i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>	NIVEL 4
<i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel</i>	NIVEL 3
<i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>myorisan (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>	NIVEL 3	
<i>tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)</i>	NIVEL 4	
<i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)</i>	NIVEL 4	PA
<i>tretinoin 0.025 % cream</i>	NIVEL 3	PA
<i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	

DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

<i>ala-cort 1 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>alclometasone dipropionate (alclometasone dipropionate 0.05 % ointment, alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate aug (betamethasone dipropionate aug 0.05 % lotion, betamethasone dipropionate aug 0.05 % gel, betamethasone dipropionate aug 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone valerate (betamethasone valerate 0.1 % cream, betamethasone valerate 0.1 % lotion, betamethasone valerate 0.1 % ointment, betamethasone valerate 0.1 % lotion)</i>	NIVEL 2	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>clobetasol propionate 0.05 % liquid</i>	NIVEL 4	QL (250 PER 30 DAYS)
<i>clobetasol propionate e clobetasol propionate 0.05 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 4	
<i>desoximetasone 0.25 % cream</i>	NIVEL 4	
EUCRISA 2 % OINTMENT	NIVEL 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>	NIVEL 4	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	NIVEL 4	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)</i>	NIVEL 3	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	NIVEL 3	
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	NIVEL 2	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 4	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>hydrocortisone (hydrocortisone 1 % cream, hydrocortisone 1 % ointment, hydrocortisone 2.5 % cream, hydrocortisone 2.5 % ointment, hydrocortisone 2.5 % lotion, hydrocortisone 2.5 % lotion)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone (perianal) (hydrocortisone (perianal) 1 % cream, hydrocortisone (perianal) 2.5 % cream)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>hydrocortisone butyrate</i> (<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment, hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment</i>)	NIVEL 4	
<i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)</i>	NIVEL 2	
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>selenium sulfide (selenium sulfide 2.5 % lotion, selenium sulfide 2.5 % lotion)</i>	NIVEL 2	
<i>tacrolimus (0.03 %, 0.1 %)</i>	NIVEL 4	QL (100 PER 30 DAYS)
<i>triamcinolone acetonide</i> (<i>triamcinolone acetonide 0.025 % cream, triamcinolone acetonide 0.025 % lotion, triamcinolone acetonide 0.025 % ointment, triamcinolone acetonide 0.1 % cream, triamcinolone acetonide 0.1 % lotion, triamcinolone acetonide 0.1 % ointment, triamcinolone acetonide 0.5 % cream, triamcinolone acetonide 0.5 % ointment, triamcinolone acetonide 0.025 % lotion</i>)	NIVEL 2	
<i>triderm 0.5 % cream</i>	NIVEL 2	
DERMATOLÓGICOS, OTHER		
<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)</i>	NIVEL 4	
<i>calcipotriene (calcipotriene 0.005 % solution, calcipotriene 0.005 % solution)</i>	NIVEL 3	
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	NIVEL 3	
<i>clotrimazole-betamethasone</i> (<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion</i>)	NIVEL 4	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>fluorouracil (fluorouracil 2 % solution, fluorouracil 5 % solution)</i>	NIVEL 2	
<i>fluorouracil 5 % cream</i>	NIVEL 3	
<i>imiquimod 5 % cream</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>	NIVEL 2	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	NIVEL 5	
<i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i>	NIVEL 4	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OTEZLA XR 75 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>podofilox (podofilox 0.5 % solution, podofilox 0.5 % solution)</i>	NIVEL 2	
<i>qc alcohol 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>ssd 1 % cream</i>	NIVEL 2	
TOLAK 4 % CREAM	NIVEL 3	
VALCHLOR 0.016 % GEL	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS		
<i>malathion 0.5 % lotion</i>	NIVEL 4	
<i>permethrin (permethrin 5 % cream, permethrin 5 % cream)</i>	NIVEL 2	
ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS		
<i>acyclovir 5 % ointment</i>	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ciclodan 8 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phos (once-daily) 1 % gel</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)</i>	NIVEL 2	
ERY 2 % PAD	NIVEL 3	
<i>erythromycin (erythromycin 2 % gel, erythromycin 2 % gel)</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	NIVEL 2	

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES

<i>dextrose (dextrose 10 % solution, dextrose 10 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>dextrose (dextrose 5 % solution, dextrose 5 % solution)</i>	NIVEL 3	
<i>dextrose in lactated ringers in 5 % solution</i>	NIVEL 4	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	NIVEL 3	
<i>dextrose-sodium chloride (dextrose-sodium chloride 5-0.225 % solution, dextrose-sodium chloride 10-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 10-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.33 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.3 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution)</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>dextrose-sodium chloride (dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution)</i>	NIVEL 3	
<i>kcl in dextrose-nacl (kcl in dextrose-nacl 20-5-0.2 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i>	NIVEL 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	NIVEL 4	
<i>klor-con (klor-con 8 meq tab er, klor-con 8 meq tab er)</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con 10 (klor-con 10 10 meq tab er, klor-con 10 10 meq tab er)</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con m10 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con m15 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con m20 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>lactated ringers (lactated ringers solution, lactated ringers solution)</i>	NIVEL 4	
<i>magnesium sulfate (magnesium sulfate 50 % solution, magnesium sulfate 50 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	NIVEL 2	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>sodium chloride (sodium chloride 0.45 % solution, sodium chloride 0.9 % solution, sodium chloride 2.5 meq/ml solution, sodium chloride 5 % solution, sodium chloride 0.9 % solution, sodium chloride 3 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>sodium fluoride (sodium fluoride 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, sodium fluoride 0.55 (0.25 f) mg chew tab, sodium fluoride 0.55 (0.25 f) mg chew tab, sodium fluoride 1.1 (0.5 f) mg chew tab, sodium fluoride 2.2 (1 f) mg chew tab, sodium fluoride 1.1 (0.5 f) mg chew tab, sodium fluoride 2.2 (1 f) mg chew tab)</i>	NIVEL 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES		
<i>deferasirox (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 5	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	NIVEL 3	
<i>tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 & 15 mg tab thpk, 45 & 15 mg tab thpk, 60 & 30 mg tab thpk, 90 & 30 mg tab thpk)</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tolvaptan 15 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tolvaptan 30 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>trientine hcl 250 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
QUELANTES DE FOSFATO		
<i>calcium acetate (phos binder) 667 mg cap</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
QUELANTES DE POTASIO		
<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	NIVEL 2	
LOKELMA (5 GM PACKET, 10 GM PACKET)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)</i>	NIVEL 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION, SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION)	NIVEL 2	

GASTROINTESTINALES

ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL

<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>lactulose (10 gm/15ml, 20 gm/30ml)</i>	NIVEL 2	
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	NIVEL 3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	NIVEL 2	

ANTIDIARREICOS

<i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA
<i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i>	NIVEL 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	NIVEL 4	
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	NIVEL 2	
XERMELO 250 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES		
<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 4	
GASTROINTESTINALES, OTROS		
<i>bis subcit-metronid-tetracyc 140-125-125 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (240 PER 365Days)
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (240 PER 365Days)
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	NIVEL 4	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	NIVEL 2	
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	NIVEL 5	PA
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
<i>ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	NIVEL 4	
VOQUEZNA DUAL PAK 500-20 MG THER PACK	NIVEL 4	PA, QL (112 PER 14 DAYS)
VOQUEZNA TRIPLE PAK 500-500-20 MG THER PACK	NIVEL 4	PA, QL (112 PER 14 DAYS)
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)		
<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
NIZATIDINE (NIZATIDINE 150 MG CAP, NIZATIDINE 300 MG CAP)	NIVEL 2	
PROTECTORES		
<i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i>	NIVEL 4	
<i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>	NIVEL 2	
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>omeprazole 10 mg cap dr</i>	NIVEL 2	
<i>omeprazole 20 mg cap dr</i>	NIVEL 1	
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	NIVEL 1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pantoprazole sodium (pantoprazole sodium 40 mg recon soln, pantoprazole sodium 40 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i>	NIVEL 1	
<i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i>	NIVEL 1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	NIVEL 3	

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

ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ARALAST NP (500 MG RECON SOLN, 1000 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>betaine powder</i>	NIVEL 5	
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	NIVEL 5	PA, LA
CREON (3000-9500 CP DR PART, 6000-19000 CP DR PART, 12000-38000 CP DR PART, 24000-76000 CP DR PART, 36000-114000 CP DR PART)	NIVEL 3	
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	NIVEL 3	
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>l-glutamine 5 gm packet</i>	NIVEL 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>levocarnitine 330 mg tab</i>	NIVEL 2	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	NIVEL 5	PA
REVCovi 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	NIVEL 5	PA
<i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA
ZENPEP (3000-10000 CP DR PART, 5000-24000 CP DR PART, 10000-32000 CP DR PART, 15000-47000 CP DR PART, 20000-63000 CP DR PART, 25000-79000 CP DR PART, 40000-126000 CP DR PART, 60000-189600 CP DR PART)	NIVEL 3	

GENITOURINARIOS

ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS

GEMTESA 75 MG TAB	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	NIVEL 3	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>oxybutynin chloride er (er 5 mg tab er, er 10 mg tab er, er 15 mg tab er)</i>	NIVEL 2	
<i>solifenacin succinate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 4	ST
<i>tolterodine tartrate er (er 2 mg cap er, er 4 mg cap er)</i>	NIVEL 4	ST
<i>trospium chloride 20 mg tab</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tab 24h</i>	NIVEL 2	
<i>dutasteride 0.5 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>finasteride 5 mg tab</i>	NIVEL 1	
<i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tadalafil 2.5 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tadalafil 5 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	NIVEL 1	
GENITOURINARIOS, OTROS		
<i>bethanechol chloride (5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
FILSPARI 200 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
FILSPARI 400 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	NIVEL 5	PA
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)		
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	NIVEL 4	
<i>dexamethasone (dexamethasone 0.5 mg tab, dexamethasone 0.5 mg/5ml elixir, dexamethasone 0.75 mg tab, dexamethasone 1 mg tab, dexamethasone 1.5 mg tab, dexamethasone 2 mg tab, dexamethasone 6 mg tab, dexamethasone 0.5 mg/5ml solution, dexamethasone 4 mg tab)</i>	NIVEL 2	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	
<i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>methylprednisolone (4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>methylprednisolone acetate (methylprednisolone acetate 40 mg/ml suspension, methylprednisolone acetate 80 mg/ml suspension, methylprednisolone acetate 40 mg/ml suspension, methylprednisolone acetate 80 mg/ml suspension)</i>	NIVEL 4	
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>prednisolone sodium phosphate (prednisolone sodium phosphate 5 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 6.7 (5 base) mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 15 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>prednisone (1 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 3	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	NIVEL 4	
TARPEYO 4 MG CAP DR	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>desmopressin acetate spray (desmopressin acetate spray 0.01 % solution, desmopressin acetate spray 0.01 % solution)</i>	NIVEL 4	
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	PA

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

ANDRÓGENOS

<i>danazol (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>depo-testosterone (100 mg/ml, 200 mg/ml)</i>	NIVEL 3	
<i>testosterone (1.62 % gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)</i>	NIVEL 4	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>testosterone (testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 25 mg/2.5gm (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel, testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel)</i>	NIVEL 3	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>testosterone (testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel, testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel)</i>	NIVEL 4	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
<i>testosterone cypionate (testosterone cypionate 200 mg/ml solution, testosterone cypionate 100 mg/ml solution, testosterone cypionate 200 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ESTRÓGENOS		
<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>amethia 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	NIVEL 3	
<i>ashlyna 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>camrese 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>cryselle 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>daysee 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	NIVEL 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	NIVEL 3	
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	NIVEL 3	
<i>enpresse-28 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	NIVEL 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i>	NIVEL 3	QL (8 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>estradiol 0.01 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>estradiol 10 mcg tab</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>estradiol valerate (10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml)</i>	NIVEL 4	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	NIVEL 3	QL (1 PER 84Days)
<i>estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)</i>	NIVEL 3	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	NIVEL 3	
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>	NIVEL 4	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	NIVEL 3	
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>jaimiess 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	NIVEL 3	
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>luteria 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	NIVEL 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	NIVEL 4	
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	NIVEL 3	
<i>mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	NIVEL 3	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 tab, 1.5-30 tab)</i>	NIVEL 3	
<i>norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	NIVEL 3	
<i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 tab, 1.5-30 tab)</i>	NIVEL 3	
<i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>	NIVEL 4	
<i>norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nymyo 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>ocella 3-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>pimtreea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	NIVEL 3	
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>simpesse 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>syeda 3-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tri-lynh 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
VALTYA 1/50 1-50 MG-MCG TAB	NIVEL 3	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	NIVEL 3	
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	NIVEL 3	
<i>xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	NIVEL 3	
<i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	NIVEL 3	
<i>yuvaferm 10 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	NIVEL 3	
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
PROGESTINAS		
<i>camila 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	
<i>emzahh 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>errin 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>gallifrey 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>heather 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	NIVEL 3	
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsy, 150 mg/ml suspension)</i>	NIVEL 3	
<i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>meleya 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	NIVEL 3	
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>norlyda 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>orquidea 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tulana 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS		
OSPHENA 60 MG TAB	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
<i>euthyrox (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>levo-t (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>levothyroxine sodium (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>levoxyl (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	NIVEL 2	
REZDIFFRA (60 MG TAB, 80 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SYNTHROID (25 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB, 100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 300 MCG TAB)	NIVEL 3	
<i>unithroid (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	NIVEL 4	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	NIVEL 5	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>octreotide acetate (octreotide acetate 50 mcg/ml solution, octreotide acetate 100 mcg/ml solution, octreotide acetate 200 mcg/ml solution, octreotide acetate 500 mcg/ml solution, octreotide acetate 1000 mcg/ml solution, octreotide acetate 50 mcg/ml soln prsyr, octreotide acetate 100 mcg/ml soln prsyr)</i>	NIVEL 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	

HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

ANTI TIROIDEOS

<i>methimazole (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2
--	---------

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
INMUNOLÓGICOS		
ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
HAEGARDA (2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN)	NIVEL 5	PA, LA
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsy</i>	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60Days)
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsy</i>	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60Days)
INMUNOGLOBULINAS		
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA
INMUNOLÓGICOS, OTHER		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA
AURANOFIN 3 MG CAP	NIVEL 3	
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS)
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 /ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, LA
COSENTYX (75 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, LA
COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, LA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DUPIXENT (100 MG/0.67ML SOLN PRSYR, 200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
ENTYVIO PEN 108 MG/0.68ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (1.36 ML PER 28 DAYS)
KINERET 100 MG/0.67ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (18.76 ML PER 28 DAYS)
OTEZLA (4 X 10 51 X20 MG TAB THPK, 10 20 30 MG TAB THPK)	NIVEL 5	PA, QL (55 PER 28Days)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 MG TAB TH	NIVEL 5	PA, QL (41 PER 28 DAYS)
RIDAURA 3 MG CAP	NIVEL 3	
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA, QL (168 PER 365Days)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 /0.83ML PREF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365Days)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365Days)
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	NIVEL 5	PA, QL (1.2 PER 56Days)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	NIVEL 5	PA, QL (2.4 PER 56Days)
SKYRIZI 55 MG/0.37ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (2.22 ML PER 365Days)
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 365Days)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365Days)
TREMFYA 100 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (1 SYRINGE PER 56 DAYS)
TREMFYA 200 MG/20ML SOLUTION	NIVEL 5	PA
TREMFYA 200 MG/2ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (2 ML PER 28 DAYS)
TREMFYA ONE-PRESS 100 MG/ML SOLN PEN	NIVEL 5	PA, QL (1 PEN PER 56 DAYS)
TREMFYA PEN 100 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (1 PEN PER 56 DAYS)
TREMFYA PEN 200 MG/2ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (2 ML PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TREMFYA-CD/UC INDUCTION 200 MG/2ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (24 ML PER 365Days)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
VELSIPITY 2 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR (75 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	NIVEL 4	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (104 ML PER 365Days)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)
INMUNOESTIMULANTES		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI PEN 500 MCG/0.5ML SOLN	NIVEL 5	LA, QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
INMUNOSUPRESORES		
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine (25 mg cap, 50 mg/ml solution, 100 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine modified (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENVARUSUS XR 4 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>everolimus 1 mg tab</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>gengraf (25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	NIVEL 4	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	NIVEL 4	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
METHOTREXATE SODIUM (50 MG/2ML SOLUTION, 250 MG/10ML SOLUTION)	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) (methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 250 mg/10ml solution, methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 1000 mg/40ml solution)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 500 mg soln)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	NIVEL 4	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	NIVEL 4	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) RINGE) 80 MG/0.8ML PREF KT	NIVEL 4	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	NIVEL 4	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) RINGE) 20 MG/0.2ML PREF KT	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) RINGE) 40 MG/0.4ML PREF KT	NIVEL 4	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYMFENTRA (1 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYMFENTRA (2 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) RINGE) 120 MG/ML PREF KT	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VACUNAS		
ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	NIVEL 3	VAC
ACTHIB RECONSOLN	NIVEL 3	
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	NIVEL 3	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	NIVEL 3	VAC
BEXSERO SUSPPRSYR	NIVEL 3	VAC
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	NIVEL 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5SUSPENSION	NIVEL 3	
DENGVAXIA RECONSUSP	NIVEL 4	
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	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (9 SUSPENSION, 9 0.5 ML SUSP PRSYR)	NIVEL 3	VAC
HAVRIX (720 U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 U/0.5ML SUSPENSION)	NIVEL 3	
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	NIVEL 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
INFANRIX 25-58-10SUSPENSION	NIVEL 3	
IPOL SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
IXIARO SUSPENSION	NIVEL 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	
M-M-R II RECONSOLN	NIVEL 3	VAC
MENACTRA SOLUTION	NIVEL 3	VAC
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	NIVEL 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	NIVEL 3	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
PEDIARIX SUSPPRSYR	NIVEL 3	
PEDVAXHIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
PENMENVY RECONSUSP	NIVEL 3	
PENTACEL RECONSUSP	NIVEL 3	
PRIORIX RECONSUSP	NIVEL 3	VAC
PROQUAD RECONSUSP	NIVEL 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	
RABAVERT RECONSUSP	NIVEL 3	VAC
RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION, 10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
ROTARIX (RECON SUSP, SUSPENSION)	NIVEL 3	
ROTATEQ SOLUTION	NIVEL 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	QL (2 PER 365Days), VAC
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	QL (1 ML PER 365 DAYS), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
TRUMENBA SUSPPRSYR	NIVEL 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	NIVEL 4	VAC
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION)	NIVEL 3	
VAQTA (50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	NIVEL 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
VAXCHORA RECONSUSP	NIVEL 4	VAC
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	
VIVOTIF CAPDR	NIVEL 4	
YF-VAX RECONSUSP	NIVEL 4	VAC

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

AMINOSALICILATOS

<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	NIVEL 3	
<i>mesalamine (4 gm enema, 1000 mg suppos)</i>	NIVEL 4	
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine er 0.375 gm cap 24h</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	

GLUCOCORTICOIDES

<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>budesonide er 9 mg tab 24h</i>	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
CORTIFOAM 10 %	NIVEL 4	
<i>hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>	NIVEL 3	
ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
<i>alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)</i>	NIVEL 1	
ALENDRONATE SODIUM 5 MG TAB	NIVEL 2	
<i>alendronate sodium 70 mg/75ml solution</i>	NIVEL 4	
BILDYOS 60 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA
BILPREVDA 120 MG/1.7ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	NIVEL 2	QL (3.7 PER 30 DAYS)
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i>	NIVEL 2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>doxercalciferol 4 mcg/2ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENOBY 60 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	NIVEL 1	
<i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risedronate sodium (5 mg tab, 35 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>teriparatide (teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen, teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen)</i>	NIVEL 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	NIVEL 5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (1.7 PER 28 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
XTRENBO 120 MG/1.7ML SOLUTION	NIVEL 4	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
<i>zoledronic acid (zoledronic acid 4 mg/100ml solution, zoledronic acid 4 mg/5ml conc, zoledronic acid 5 mg/100ml solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32GX4MMMISC	NIVEL 3	
ALCOHOL 70% PADS	NIVEL 2	
ALCOHOL PREP PAD	NIVEL 2	
ALCOHOL PREP PADS S 70 %	NIVEL 2	
ALCOHOL SWABS 70 % PAD	NIVEL 2	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	NIVEL 2	
AQ INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
AQINJECT PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
ARGYLE STERILE WATER SOLUTION	NIVEL 2	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31GX5MMMISC	NIVEL 3	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30GX5MMMISC	NIVEL 3	
AUM ALCOHOL PREP PADS S 70 %	NIVEL 2	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)	NIVEL 3	
AUM PEN NEEDLE (PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC, PEN 33G 4 MISC, PEN 33G 5 MISC, PEN 33G 6 MISC)	NIVEL 3	
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE (PEN 5 MISC, PEN 8 MISC)	NIVEL 3	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM MISC	NIVEL 3	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	NIVEL 2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (27G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (PEN 30G 8 MISC, PEN 31G 4 MISC, PEN 31G 5 MISC)	NIVEL 3	
CVS ALCOHOL PREP PADS S 70 %	NIVEL 2	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2"PAD	NIVEL 2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.3 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
DROPLET MICRON 34GX3.5MMMISC	NIVEL 3	
DROPLET PEN NEEDLES (PEN 29G 10MM MISC, PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC, PEN 32G 8 MM MISC)	NIVEL 3	
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO (4 MISC, 5 MISC, 8 MISC)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (29G 5/16" 0.5 ML MISC, 29G 5/16" 1 ML MISC, 31G 1/2" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 32G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (PEN 29G 4MM MISC, PEN 29G 5MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	NIVEL 3	
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U- 100 1 ML MISC	NIVEL 3	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30GX5MMMISC	NIVEL 3	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (5/16" 0.3 ML MISC, 15/64" 0.3 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.5 ML MISC	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" ML MISC	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 3GX4MMMISC	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32GX4MMMISC	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los
símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 29GX12.7MMMISC	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	NIVEL 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 5 MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	NIVEL 3	
<i>gauze pads 2</i>	NIVEL 2	
GNP PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 6 MISC)	NIVEL 3	
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70 % PAD	NIVEL 2	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 1 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G 1/2" 0.5 ML MISC, 27G 1/2" 1 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC, 28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
INSUPEN PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
INSUPEN32G EXTR3ME 6MMMISC	NIVEL 3	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lactated ringers solution</i>	NIVEL 2	
<i>methergine 0.2 mg tab</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre el significado de los
símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>	NIVEL 4	
NOVOFINE 32G X 6 MM MISC	NIVEL 3	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
PEN NEEDLES (PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
PENBRAYA RECONSUSP	NIVEL 3	VAC
PRO COMFORT ALCOHOL 70 % PAD	NIVEL 2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 4 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC, PEN 32G 8 MM MISC, PEN 33G 4 MM MISC, PEN 33G 5 MM MISC, PEN 33G 6 MM MISC, PEN 33G 8 MM MISC)	NIVEL 3	
<i>ringers irrigation (ringers irrigation solution, ringers irrigation solution)</i>	NIVEL 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 31GX5MMMISC	NIVEL 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2"PAD	NIVEL 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>sterile water for irrigation (sterile water for irrigation solution, sterile water for irrigation solution)</i>	NIVEL 2	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32GX4MMMISC	NIVEL 3	
<i>tis-u-sol solution</i>	NIVEL 2	
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 32GX4MMMISC	NIVEL 3	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC, 32G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 6 MISC)	NIVEL 3	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
UNIFINE PENTIPS 32GX4MMMISC	NIVEL 3	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (PEN 30G 5 MISC, PEN 30G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC, PEN 34G 3.5 MM MISC)	NIVEL 3	
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	NIVEL 3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
VOWST CAP	NIVEL 5	PA, LA, QL (12 PER 30 DAYS)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	NIVEL 2	

OFTÁLMICOS

OFTÁLMICOS, OTHER

<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	NIVEL 2	
<i>atropine sulfate (atropine sulfate 1 % solution, atropine sulfate 1 % solution)</i>	NIVEL 3	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc (bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment, bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment)</i>	NIVEL 2	
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 2	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> (<i>dorzolamide hcl-timolol mal 2-0.5 % solution, dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution, dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution</i>)	NIVEL 2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension</i>	NIVEL 3	
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	NIVEL 2	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	NIVEL 2	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i> (<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx 3.5-400-10000 ointment, neomycin-bacitracin zn-polymyx 5-400-10000 ointment, neomycin-bacitracin zn-polymyx 5-400-10000 ointment</i>)	NIVEL 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	NIVEL 4	
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	NIVEL 2	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	NIVEL 2	
XDEMVY 0.25 % SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>cromolyn sodium (cromolyn sodium 4 % solution, cromolyn sodium 4 % solution)</i>	NIVEL 2	
OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	
<i>erythromycin (erythromycin 5 mg/gm ointment, erythromycin 5 mg/gm ointment)</i>	NIVEL 2	
GENTAK 0.3 % OINTMENT	NIVEL 2	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	NIVEL 2	
LEVOFLOXACIN (LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION, LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION, LEVOFLOXACIN 1.5 % SOLUTION)	NIVEL 3	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	NIVEL 3	
NATACYN 5 % SUSPENSION	NIVEL 3	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>	NIVEL 2	
<i>sulfacetamide sodium (sulfacetamide sodium 10 % solution, sulfacetamide sodium 10 % solution)</i>	NIVEL 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	NIVEL 3	
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	NIVEL 2	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	NIVEL 3	
ZIRGAN 0.15 % GEL	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)
OFTÁLMICOS ANTIINFLAMATORIOS		
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>	NIVEL 4	
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	NIVEL 2	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	NIVEL 2	
FML 0.1 % OINTMENT	NIVEL 4	
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	NIVEL 4	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	NIVEL 3	QL (3 PER 30 DAYS)
<i>ketorolac tromethamine (ketorolac tromethamine 0.4 % solution, ketorolac tromethamine 0.5 % solution)</i>	NIVEL 2	
<i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>	NIVEL 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	NIVEL 3	

OFTÁLMICOS BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

<i>betaxolol hcl (betaxolol hcl 0.5 % solution, betaxolol hcl 0.5 % solution)</i>	NIVEL 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>timolol maleate (0.25 % gel soln, 0.5 % gel soln)</i>	NIVEL 3	
<i>timolol maleate (0.25 %, 0.5 %)</i>	NIVEL 1	

OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS

<i>acetazolamide er 500 mg cap 12h</i>	NIVEL 2	
<i>apraclonidine hcl (apraclonidine hcl 0.5 % solution, apraclonidine hcl 0.5 % solution)</i>	NIVEL 3	
<i>brimonidine tartrate 0.1 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>brimonidine tartrate 0.15 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	NIVEL 3	
<i>dorzolamide hcl (dorzolamide hcl 2 % solution, dorzolamide hcl 2 % solution)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>pilocarpine hcl (1 %, 2 %, 4 %)</i>	NIVEL 2	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	NIVEL 3	

OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS

<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>latanoprost (latanoprost 0.005 % solution, latanoprost 0.005 % solution)</i>	NIVEL 1	
<i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	NIVEL 4	

ÓTICOS

<i>acetic acid 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	NIVEL 4	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
DERMOTIC 0.01 % OIL	NIVEL 3	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	NIVEL 2	

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR

ARNUITY ELLIPTA (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (50 MCG/ACT AEROSOL, 100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL)	NIVEL 3	QL (13 PER 30 DAYS)
<i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
QVAR REDHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	NIVEL 3	QL (21.2 PER 30 DAYS)
ANTIHIISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hcl (0.1 %, 137 mcg/spray)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 25 DAYS)
<i>cetirizine hcl (1 mg/ml, 5 mg/5ml)</i>	NIVEL 2	
<i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	NIVEL 3	PA
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA
<i>hydroxyzine pamoate (hydroxyzine pamoate 50 mg cap, hydroxyzine pamoate 100 mg cap, hydroxyzine pamoate 25 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	NIVEL 1	
<i>promethazine hcl (6.25 mg/5ml, 12.5 mg/10ml)</i>	NIVEL 2	PA
ANTILEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>montelukast sodium 10 mg tab</i>	NIVEL 1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
BRONCODILATADORES, ANTICOLINÉRGICOS		
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>	NIVEL 2	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide hfa 17 mcg/act aero soln</i>	NIVEL 4	QL (25.8 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	NIVEL 3	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>tiotropium bromide 18 mcg cap</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
BRONCODILATADORES, SYMPATHOMIMETIC		
<i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	NIVEL 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)</i>	NIVEL 2	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>albuterol sulfate (2 mg/5ml, 8 mg/20ml)</i>	NIVEL 2	
<i>albuterol sulfate (albuterol sulfate 0.63 mg/3ml nebu soln, albuterol sulfate 1.25 mg/3ml nebu soln, albuterol sulfate 2.5 mg/0.5ml nebu soln, albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, albuterol sulfate (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, albuterol sulfate (5 mg/ml) 0.5% nebu soln)</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	NIVEL 2	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>epinephrine (epinephrine 0.3 mg/0.3ml soln a-inj, epinephrine 0.15 mg/0.15ml soln a-inj, epinephrine 0.3 mg/0.3ml soln a-inj, epinephrine 0.15 mg/0.3ml soln a-inj)</i>	NIVEL 3	QL (24 PER 365Days)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENAClick)	NIVEL 3	QL (24 PER 365Days)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml soln, 0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/0.5ml soln, 1.25 mg/3ml soln)</i>	NIVEL 4	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)

FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

KALYDECO (5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
TOBI PODHALER 28 MG CAP	NIVEL 5	PA, LA, QL (224 PER 56Days)
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	NIVEL 4	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	NIVEL 4	PA, QL (280 PER 56Days)
TRIKAFTA (50-25-37.5 75 MG TAB THPK, 100-50-75 150 MG TAB THPK)	NIVEL 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)

ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS

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

INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	NIVEL 4	QL (28 PER 180Days)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>theophylline er (theophylline er 300 mg tab er 12h, theophylline er 400 mg tab er 24h, theophylline er 450 mg tab er 12h, theophylline er 600 mg tab er 24h, theophylline er 100 mg tab er 12h, theophylline er 200 mg tab er 12h)</i>	NIVEL 3	

ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES

ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>alyq 20 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>bosentan (62.5 mg tab, 125 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bosentan 32 mg tab sol</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>macitentan 10 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI (200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB, 1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 100 MCG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (420 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 150 MCG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (560 PER 28 DAYS)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	NIVEL 5	PA, LA, QL (200 PER 180Days)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 21Days)

FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA

<i>nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)</i>	NIVEL 3	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL

<i>acetylcysteine (10 %, 20 %)</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (45-21 MCG/ACT AEROSOL, 115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL)	NIVEL 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (50-25 MCG/INH AER POW BA, 100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>breyna (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)</i>	NIVEL 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (10.7 GM PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)</i>	NIVEL 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 4	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	NIVEL 2	QL (50 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	NIVEL 2	QL (16 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (55-14 MCG/ACT AER POW BA, 113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 2	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
NUCALA (100 MG RECON SOLN, 100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 28 DAYS)
NUCALA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, LA, QL (0.4 PER 28 DAYS)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 3	
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>wixela inhub (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MIORRELAJANTES		
<i>carisoprodol 350 mg tab</i>	NIVEL 2	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA
<i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 3	PA
<i>vanadom 350 mg tab</i>	NIVEL 2	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS		
DORMIR, MEDICAMENTOS PARA		
<i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>temazepam 15 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>temazepam 30 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>triazolam 0.125 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>triazolam 0.25 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
EUGEROICOS		
<i>armodafinil (50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>modafinil 100 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>modafinil 200 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sodium oxybate (sodium oxybate 500 mg/ml solution, sodium oxybate 500 mg/ml solution)</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas de esta tabla en la página xvi

Índice de medicamentos

A

abacavir sulfate	51
abacavir sulfate-lamivudine	51
ABELCET	24
ABILIFY MAINTENA	45
abiraterone acetate	28
abirtega	28
ABRYSVO	107
acamprosate calcium	5
acarbose	56
accutane	76
acebutolol hcl	65
acetaminophen-codeine	3
acetazolamide	67
acetazolamide er	120
acetic acid	121
acetylcysteine	125
acitretin	76
ACTHIB	107
ACTIMMUNE	104
acyclovir	54,80
acyclovir sodium	54
ADACEL	107
adefovir dipivoxil	49
ADEMPAS	124
ADVAIR HFA	125
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	111
afirmelle	92
AIMOVIG	26
ak-poly-bac	117
AKEEGA	30
ala-cort	77
albendazole	41
ALBUTEROL 90MCG HFA INHALER (GENERIC PROAIR)	123
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Proair)	123
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Proventil)	123

Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin)	123
albuterol sulfate	123
albuterol sulfate hfa	123
alclometasone dipropionate	77
ALCOHOL 70% PADS	111
ALCOHOL PREP	111
ALCOHOL PREP PADS	111
ALCOHOL SWABS	111
ALCOHOL SWABSTICK	111
alcohol wipes	79
ALDURAZYME	87
ALECENSA	31
alendronate sodium	110
ALENDRONATE SODIUM	110
alfuzosin hcl er	89
aliskiren fumarate	67
allopurinol	26
alosetron hcl	85
alprazolam	54
altavera	92
ALUNBRIG	31
alyacen 1/35	92
alyacen 7/7/7	92
alyq	124
amantadine hcl	43
ambrisentan	125
amethia	92
amikacin sulfate	6
amiloride hcl	70
amiloride-hydrochlorothiazide	67
amiodarone hcl	64
amitriptyline hcl	23
amlodipine besy-benazepril hcl	67
amlodipine besylate	66
amlodipine besylate-valsartan	68
amlodipine-atorvastatin	68
amlodipine-olmesartan	68
amlodipine-valsartan-hctz	68
ammonium lactate	77
amnestem	76

amoxapine.....	23	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....	111
amoxicillin.....	10	atazanavir sulfate.....	52
amoxicillin trihydrate.....	10	atenolol.....	65
amoxicillin-pot clavulanate.....	11	atenolol-chlorthalidone.....	68
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE.....	11	atomoxetine hcl.....	74
amoxicillin-pot clavulanate er.....	11	atorvastatin calcium.....	71
amphetamine-dextroamphet er.....	73	atovaquone.....	41
amphetamine-dextroamphetamine.....	73	atovaquone-proguanil hcl.....	41
AMPHOTERICIN B.....	24	atropine sulfate.....	117
amphotericin b liposome.....	25	aubra.....	92
ampicillin.....	11	aubra eq.....	92
ampicillin sodium.....	11	AUGTYRO.....	30
ampicillin-sulbactam sodium.....	11	AUM ALCOHOL PREP PADS.....	111
anagrelide hcl.....	61	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE.....	111
anastrozole.....	31	AUM PEN NEEDLE.....	111
ANORO ELLIPTA.....	125	AURANOFIN.....	102
apraclonidine hcl.....	120	aurovela 1.5/30.....	92
aprepitant.....	24	aurovela 1/20.....	92
apri.....	92	aurovela fe 1.5/30.....	92
APTIVUS.....	52	aurovela fe 1/20.....	92
AQ INSULIN SYRINGE.....	111	AUSTEDO.....	74
AQINJECT PEN NEEDLE.....	111	AUSTEDO XR.....	74
ARALAST NP.....	87	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION.....	74,75
ARANELLE.....	92	AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE.....	111
ARANESP (ALBUMIN FREE).....	61	AUVELITY.....	20
ARCALYST.....	102	AUVELITY TITRATION PACK.....	20
AREXVY.....	107	aviane.....	92
ARGYLE STERILE WATER.....	111	avidoxy.....	14
ARIKAYCE.....	6	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....	31
aripiprazole.....	45	ayuna.....	92
armodafinil.....	127	AYVAKIT.....	31
ARNUITY ELLIPTA.....	121	azathioprine.....	104
asenapine maleate.....	45	AZATHIOPRINE SODIUM.....	104
ashlyna.....	92	azelastine hcl.....	119,122
ASMANEX (120 METERED DOSES).....	121	azithromycin.....	12
ASMANEX (14 METERED DOSES).....	122	AZITHROMYCIN.....	12
ASMANEX (30 METERED DOSES).....	122	aztreonam.....	6
ASMANEX (60 METERED DOSES).....	122	azurette.....	92
ASMANEX HFA.....	122		
aspirin-dipyridamole er.....	62	B	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES.....	111	bac (butalbital-acetamin-caff).....	75

bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	117	BILDYOS.....	110
BACITRACIN.....	119	BILPREVDA.....	110
BACITRACIN-POLYMYXIN B.....	117	bimatoprost.....	121
baclofen.....	49	bis subcit-metronid-tetracyc.....	86
balsalazide disodium.....	109	bismuth/metronidaz/tetracyclin.....	86
BALVERSA.....	31	bisoprolol fumarate.....	65
balziva.....	92	bisoprolol-hydrochlorothiazide.....	68
BAQSIMI ONE PACK.....	58	blisovi fe 1.5/30.....	92
BAQSIMI TWO PACK.....	58	blisovi fe 1/20.....	92
BARACLUDE.....	49	BOOSTRIX.....	107
BCG VACCINE.....	107	bosentan.....	125
BD INSULIN SYRINGE.....	111	BOSULIF.....	31,32
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM		bosutinib.....	32
MISC.....	111	BRAFTOVI.....	32
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM		BREO ELLIPTA.....	125
MISC.....	112	brey-na.....	126
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM		BREZTRI AEROSPHERE.....	126
MISC.....	112	briellyn.....	92
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM		brimonidine tartrate.....	120
MISC.....	112	brimonidine tartrate-timolol.....	117
benazepril hcl.....	63	brinzolamide.....	120
benazepril-hydrochlorothiazide.....	68	brivaracetam.....	14,15
BENLYSTA.....	102	bromocriptine mesylate.....	43
BENZNIDAZOLE.....	41,42	BRUKINSA.....	32
benzoyl peroxide-erythromycin.....	76	budesonide.....	109,122
benztropine mesylate.....	42,43	budesonide er.....	109
BESIVANCE.....	13	budesonide-formoterol fumarate.....	126
BESREMI.....	104	bumetanide.....	70
BESREMI PEN.....	104	buprenorphine.....	2
betaine.....	87	buprenorphine hcl.....	5
betamethasone dipropionate.....	77	buprenorphine hcl-naloxone hcl.....	5
betamethasone dipropionate aug.....	77	bupropion hcl.....	20
betamethasone valerate.....	77	bupropion hcl er (smoking det).....	5
BETASERON.....	75	bupropion hcl er (sr).....	20
betaxolol hcl.....	65,120	bupropion hcl er (xl).....	20
bethanechol chloride.....	89	buspirone hcl.....	54
bexarotene.....	41	butalbital-apap-caffeine.....	75
BEXSERO.....	107	butalbital-aspirin-caffeine.....	1
bicalutamide.....	28	butorphanol tartrate.....	3
BICILLIN L-A.....	11	BYSANTI.....	45
BIKTARVY.....	50	BYSANTI TITRATION PACK A.....	45

BYSANTI TITRATION PACK B.....	45
BYSANTI TITRATION PACK C.....	45

C

CABENUVA.....	52
cabergoline.....	101
CABOMETYX.....	32
calcipotriene.....	79
calcitonin (salmon).....	110
calcitrene.....	79
calcitriol.....	110
CALCITRIOL.....	110
calcium acetate (phos binder).....	84
CALQUENCE.....	32
camila.....	98
camrese.....	92
camrese lo.....	92
candesartan cilexetil.....	63
candesartan cilexetil-hctz.....	68
CAPLYTA.....	45
CAPRELSA.....	32
captopril.....	63
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	68
carbamazepine.....	18
carbamazepine er.....	18
carbidopa.....	43
carbidopa-levodopa.....	43
carbidopa-levodopa er.....	43
carbidopa-levodopa-entacapone.....	43
CARETOUCH ALCOHOL PREP.....	112
carglumic acid.....	87
carisoprodol.....	127
CARTEOLOL HCL.....	120
cartia xt.....	66
carvedilol.....	65
cataflam.....	1
CAVHANZA.....	32
CAYSTON.....	6
CEFACLOR.....	8
cefadroxil.....	8
cefazolin sodium.....	9

cefdinir.....	9
cefepime hcl.....	9
cefixime.....	9
cefoxitin sodium.....	9
CEFPODOXIME PROXETIL.....	9
cefprozil.....	9
ceftaroline fosamil.....	9
CEFTAZIDIME.....	9
ceftriaxone sodium.....	10
cefuroxime axetil.....	10
cefuroxime sodium.....	10
celecoxib.....	1
cephalexin.....	10
cetirizine hcl.....	122
cevimeline hcl.....	76
chateal.....	92
chateal eq.....	92
chlorhexidine gluconate.....	76
chloroquine phosphate.....	42
chlorpromazine hcl.....	44
chlorthalidone.....	71
cholestyramine.....	71
cholestyramine light.....	72
ciclodan.....	80
ciclopirox.....	80,81
ciclopirox olamine.....	81
cilostazol.....	62
CILOXAN.....	13
CIMDUO.....	51
cimetidine.....	86
cinacalcet hcl.....	110
ciprofloxacin.....	13
ciprofloxacin hcl.....	13
ciprofloxacin in d5w.....	13
ciprofloxacin-dexamethasone.....	121
citalopram hydrobromide.....	21
claravis.....	76
CLARITHROMYCIN.....	12
clarithromycin.....	13
clarithromycin er.....	13
clindamycin hcl.....	6

clindamycin palmitate hcl.....	6	CORTISONE ACETATE.....	89
clindamycin phos (once-daily).....	81	CORTISPORIN-TC.....	121
clindamycin phos (twice-daily).....	81	COSENTYX.....	102
clindamycin phos-benzoyl perox.....	76	COSENTYX (300 MG DOSE).....	102
clindamycin phosphate.....	6,81	COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	102
clindamycin phosphate in d5w.....	7	COSENTYX SENSOREADY PEN.....	102
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL.....	7	COSENTYX UNOREADY.....	102
clobazam.....	16	COTELLIC.....	32
clobetasol prop emollient base.....	77	CREON.....	87
clobetasol propionate.....	78	CRESEMBA.....	25
clobetasol propionate e.....	78	cromolyn sodium.....	86,119,124
clomipramine hcl.....	23	cryselle.....	92
clonazepam.....	54,55	cryselle-28.....	92
clonidine.....	62	CVS ALCOHOL PREP PADS.....	112
clonidine hcl.....	63	CVS ANTIBACTERIAL GAUZE.....	112
clopidogrel bisulfate.....	62	cvs isopropyl alcohol wipes.....	80
clorazepate dipotassium.....	55	cyclobenzaprine hcl.....	127
clotrimazole.....	25	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	28
clotrimazole-betamethasone.....	79	cyclosporine.....	104
clozapine.....	48	cyclosporine modified.....	104
COARTEM.....	42	cyproheptadine hcl.....	122
COBENFY.....	48	cyred.....	93
COBENFY STARTER PACK.....	48	cyred eq.....	93
codeine sulfate.....	3		
CODEINE SULFATE.....	3	D	
colchicine.....	26	dabigatran etexilate mesylate.....	60
colchicine-probenecid.....	26	dalfampridine er.....	75
colesevelam hcl.....	72	danazol.....	91
colestipol hcl.....	72	dantrolene sodium.....	49
colistimethate sodium (cba).....	7	dapaglifloz base-metformin er.....	56
COMBIVENT RESPIMAT.....	126	dapagliflozin.....	72
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	32	dapsone.....	27
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	32	DAPTACEL.....	107
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	32	daptomycin.....	7
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	112	darunavir.....	53
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	112	dasatinib.....	33
compro.....	23	dasetta 1/35.....	93
constulose.....	85	dasetta 7/7/7.....	93
COPIKTRA.....	32	DAURISMO.....	33
CORLANOR.....	68	daysee.....	93
CORTIFOAM.....	109	deblitane.....	99

deferasirox.....	84	digox.....	64
DELSTRIGO.....	50	digoxin.....	64
delyla.....	93	dihydroergotamine mesylate.....	26
DENGVAIXA.....	107	DILANTIN.....	18
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	99	dilt-xr.....	66
depo-testosterone.....	91	diltiazem hcl.....	66
DERMOTIC.....	121	DILTIAZEM HCL 120 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE.....	66
DESCOVY.....	51	DILTIAZEM HCL 180 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE.....	66
desipramine hcl.....	23	DILTIAZEM HCL 240 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE.....	66
desmopressin ace spray refrig.....	90	DILTIAZEM HCL 300 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE.....	66
desmopressin acetate.....	90,91	DILTIAZEM HCL 360 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE.....	66
desmopressin acetate pf.....	91	diltiazem hcl er.....	67
desmopressin acetate spray.....	91	diltiazem hcl er beads.....	67
desogestrel-ethinyl estradiol.....	93	dimethyl fumarate.....	75
desonide.....	78	dimethyl fumarate starter pack.....	75
desoximetasone.....	78	diphenoxylate-atropine.....	85
desvenlafaxine succinate er.....	21	DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	85
dexamethasone.....	89	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	107
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID....	89	dipyridamole.....	62
dexamethasone sod phosphate pf.....	89	disulfiram.....	5
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	89,119	divalproex sodium.....	15
dexmethylphenidate hcl.....	74	divalproex sodium er.....	15
dextroamphetamine sulfate.....	73,74	dofetilide.....	64
dextrose.....	81	donepezil hcl.....	19
dextrose in lactated ringers.....	81	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 10 MG.....	19
DEXTROSE-NACL.....	81	DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 5 MG.....	20
dextrose-sodium chloride.....	81,82	dorzolamide hcl.....	120
DIACOMIT.....	15	dorzolamide hcl-timolol mal.....	118
diazepam.....	16,55	dorzolamide hcl-timolol mal pf.....	118
diazepam intensol.....	55	dotti.....	93
diazoxide.....	58	DOVATO.....	50
diclofenac potassium.....	1	doxazosin mesylate.....	63
diclofenac sodium.....	1,120	doxepin hcl.....	23
diclofenac sodium er.....	1	doxercalciferol.....	110
dicloxacillin sodium.....	11		
dicyclomine hcl.....	86		
DIFICID.....	13		
diflunisal.....	1		
difluprednate.....	120		
digitek.....	64		

doxy 100.....	14
doxycycline hyclate.....	14
doxycycline monohydrate.....	14
DRIZALMA SPRINKLE.....	75
dronabinol.....	24
DROPLET INSULIN SYRINGE.....	112
DROPLET MICRON.....	112
DROPLET PEN NEEDLES.....	112
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO.....	112
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE.....	113
drospirenone-ethinyl estradiol.....	93
DROXIA.....	87
droxidopa.....	63
duloxetine hcl.....	75
DUPIXENT.....	103
dutasteride.....	89
dutasteride-tamsulosin hcl.....	89

E

e.e.s. 400.....	13
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	113
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	113
EASY TOUCH INSULIN BARRELS.....	113
ec-naproxen.....	1
econazole nitrate.....	25
EDURANT PED.....	50
EFAVIRENZ.....	50
efavirenz.....	50
efavirenz-emtricitab-tenofo df.....	50
efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	50
ELAPRASE.....	87
elinest.....	93
ELIQUIS.....	60
ELIQUIS (1.5 MG PACK).....	60
ELIQUIS (2 MG PACK).....	60
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	60
eltrombopag olamine.....	61,62
eluryng.....	93
EMBECTA AUTOSHIELD DUO.....	113
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT.....	113
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE.....	113

EMBECTA INSULIN SYRINGE.....	113
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100.....	113
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500.....	113
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F.....	113
EMBECTA PEN NEEDLE NANO.....	113
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN.....	113
EMBECTA PEN NEEDLE U/F.....	114
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE.....	114
EMBRACE PEN NEEDLES.....	114
EMGALITY.....	26
EMGALITY (300 MG DOSE).....	26
emoquette.....	93
EMSAM.....	21
emtricitab-rilpivir-tenofof df.....	50
emtricitabine.....	51
emtricitabine-tenofovir df.....	51
EMTRIVA.....	51
emzahn.....	99
enalapril maleate.....	64
enalapril-hydrochlorothiazide.....	68
ENBREL.....	105
ENBREL MINI.....	105
ENBREL SURECLICK.....	105
endocet.....	3
ENGERIX-B.....	107
enilloring.....	93
ENOBV.....	110
enoxaparin sodium.....	60
enpresse-28.....	93
ENSACOVE.....	31
enskyce.....	93
entacapone.....	43
entecavir.....	49
ENTYVIO PEN.....	103
enulose.....	85
ENVARSUS XR.....	105
EPIDIOLEX.....	15
epinephrine.....	123
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENAClick).....	123
epitol.....	18

EPIVIR HBV	49
eplerenone	70
ERGOLOID MESYLATES	19
ERGOTAMINE-CAFFEINE	26
ERIVEDGE	33
ERLEADA	28
erlotinib hcl	33
errin	99
ertapenem sodium	12
ERY	81
erythrocin lactobionate	13
erythromycin	81,119
erythromycin base	13
erythromycin ethylsuccinate	13
erythromycin lactobionate	13
ERZOFRI	45,46
escitalopram oxalate	21
eslicarbazepine acetate	18
esomeprazole magnesium	87
estarylla	93
estradiol	93
estradiol valerate	94
ESTRING	94
estrogens conjugated	94
eszopiclone	127
ethambutol hcl	27
ethosuximide	16
ethynodiol diac-eth estradiol	94
etodolac	1
etodolac er	1
etonogestrel-ethinyl estradiol	94
etravirine	50,51
EUCRISA	78
EULEXIN	28
euthyrox	100
everolimus	33,105
EVOTAZ	53
exemestane	31
EXXUA	20
EXXUA TITRATION PACK	21
ezetimibe	72

ezetimibe-simvastatin	72
-----------------------	----

F

falmina	94
famciclovir	54
famotidine	86
FANAPT	46
FANAPT TITRATION PACK A	46
FANAPT TITRATION PACK B	46
FANAPT TITRATION PACK C	46
FARXIGA	72
febuxostat	26
feirza 1.5/30	94
feirza 1/20	94
felbamate	15
felodipine er	66
femynor	94
fenofibrate	71
fenofibrate micronized	71
fenofibric acid	71
fentanyl	2
FETZIMA	22
FETZIMA TITRATION	22
fidaxomicin	13
FILSPARI	89
finasteride	89
fingolimod hcl	76
FINTEPLA	15
flecainide acetate	64
fluconazole	25
fluconazole in sodium chloride	25
flucytosine	25
fludrocortisone acetate	89
flunisolide	126
fluocinolone acetonide	78
fluocinolone acetonide body	78
fluocinolone acetonide scalp	78
fluocinonide	78
fluocinonide emulsified base	78
fluorometholone	120
fluorouracil	80

fluoxetine hcl.....	22
FLUOXETINE HCL.....	22
fluphenazine decanoate.....	44
fluphenazine hcl.....	44
FLURBIPROFEN.....	1
FLURBIPROFEN SODIUM.....	120
FLUTAMIDE.....	28
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL.....	126
fluticasone propionate.....	78,126
fluticasone-salmeterol.....	126
FLUTICASONE-SALMETEROL.....	126
fluvastatin sodium.....	71
fluvastatin sodium er.....	71
fluvoxamine maleate.....	22
FML.....	120
FML FORTE.....	120
fondaparinux sodium.....	60
fosamprenavir calcium.....	53
fosfomycin tromethamine.....	7
fosinopril sodium.....	64
fosinopril sodium-hctz.....	68
FOTIVDA.....	33
FRUZAQLA.....	30
FULPHILA.....	62
fulvestrant.....	29
furosemide.....	70
FUROSEMIDE.....	70
fyavolv.....	94

G

gabapentin.....	16,17
galantamine hydrobromide.....	20
galantamine hydrobromide er.....	20
gallifrey.....	99
GAMUNEX-C.....	102
GARDASIL 9.....	107
GAUZE PADS 2.....	114
GAVILYTE-C.....	86
gavilyte-g.....	86
gavilyte-n with flavor pack.....	85
GAVRETO.....	33

gefitinib.....	33
gemfibrozil.....	71
GEMTESA.....	88
generlac.....	85
gengraf.....	105
GENTAK.....	119
gentamicin sulfate.....	6,119
GENVOYA.....	50
GILOTRIF.....	33
glatiramer acetate.....	76
glatopa.....	76
glimepiride.....	56
glipizide.....	56
glipizide er.....	56
glipizide xl.....	56
glipizide-metformin hcl.....	56
GLUCAGEN HYPOKIT.....	58
glucagon emergency.....	58
glyburide.....	56
GLYBURIDE MICRONIZED.....	56
glyburide-metformin.....	56
glycopyrrolate.....	86
GLYXAMBI.....	56
GNP PEN NEEDLES.....	114
GOMEKLI.....	33
GOODSENSE ALCOHOL SWABS.....	114
granisetron hcl.....	24
griseofulvin microsize.....	25
griseofulvin ultramicrosize.....	25
guanfacine hcl.....	63
guanfacine hcl er.....	74

H

HADLIMA.....	105
HADLIMA PUSHTOUCH.....	105
HAEGARDA.....	102
hailey 1.5/30.....	94
hailey fe 1.5/30.....	94
hailey fe 1/20.....	94
halobetasol propionate.....	78
haloette.....	94

haloperidol.....	44	IBTROZI.....	34
haloperidol decanoate.....	44	ibu.....	1
haloperidol lactate.....	44	ibuprofen.....	1
HAVRIX.....	107	icatibant acetate.....	102
heather.....	99	iclevia.....	94
heparin sodium (porcine).....	61	ICLUSIG.....	34
heparin sodium (porcine) pf.....	61	icosapent ethyl.....	72
HEPLISAV-B.....	107	IDHIFA.....	34
HERNEXEOS.....	33	IDVYNZO.....	52
HIBERIX.....	107	ILEVRO.....	120
HIZENTRA.....	102	imatinib mesylate.....	34
HUMALOG.....	58	IMBRUVICA.....	34
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	58	imipenem-cilastatin.....	12
HUMALOG KWIKPEN.....	58	imipramine hcl.....	23
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	59	imiquimod.....	80
HUMALOG MIX 75/25.....	59	IMKELDI.....	34
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	59	IMOVAX RABIES.....	107
HUMULIN 70/30.....	59	IMPAVIDO.....	42
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	59	incassia.....	99
HUMULIN N.....	59	INCRELEX.....	91
HUMULIN N KWIKPEN.....	59	INCRUSE ELLIPTA.....	122
HUMULIN R.....	59	indapamide.....	71
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	59	indomethacin.....	1
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	59	INFANRIX.....	107
hydralazine hcl.....	72	INLURIYO.....	29
hydrochlorothiazide.....	71	INLYTA.....	34
hydrocodone-acetaminophen.....	3	INQOVI.....	30
hydrocortisone.....	78,109,110	INREBIC.....	34
hydrocortisone (perianal).....	78	INSULIN LISPRO.....	59
hydrocortisone butyrate.....	79	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	59
hydrocortisone-acetic acid.....	121	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.....	59
hydromorphone hcl.....	3	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	59
hydroxychloroquine sulfate.....	42	INSULIN PEN NEEDLES.....	114
hydroxyurea.....	30	INSULIN PEN NEEDLES.....	114
hydroxyzine hcl.....	122	INSULIN SYRINGE 0.3 ML.....	114
hydroxyzine pamoate.....	122	INSULIN SYRINGE 0.5 ML.....	114
HYRNUO.....	34	INSULIN SYRINGE 1 ML.....	114
		INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	114
I		INSUPEN PEN NEEDLES.....	114
ibandronate sodium.....	110	INSUPEN32G EXTR3ME.....	114
IBRANCE.....	34	INTELENCE.....	51

INTRALIPID.....	114
introvale.....	94
INVEGA HAFYERA.....	46
INVEGA SUSTENNA.....	46
INVEGA TRINZA.....	46,47
IPOL.....	107
ipratropium bromide.....	123
ipratropium bromide hfa.....	123
ipratropium-albuterol.....	126
irbesartan.....	63
irbesartan-hydrochlorothiazide.....	68
ISENTRESS.....	50
ISENTRESS HD.....	50
isibloom.....	94
isoniazid.....	27
isopropyl alcohol.....	80
isopropyl alcohol wipes.....	80
isosorbide dinitrate.....	73
isosorbide mononitrate.....	73
isosorbide mononitrate er.....	73
isotretinoin.....	76
isradipine.....	66
ITOVEBI.....	34
itraconazole.....	25
ivabradine hcl.....	68
ivermectin.....	41
IWILFIN.....	30
IXIARO.....	107

J

jaimiess.....	94
JAKAFI.....	34
JAKAFI XR.....	35
jantoven.....	61
JANUMET XR.....	56
JARDIANCE.....	72
jasmiel.....	94
JAYPIRCA.....	35
jencycla.....	99
JENTADUETO.....	56
JENTADUETO XR.....	56

jinteli.....	94
jolessa.....	94
joyeaux.....	94
JUBBONTI.....	110
juleber.....	94
JULUCA.....	50
junel 1.5/30.....	94
junel 1/20.....	94
junel fe 1.5/30.....	94
junel fe 1/20.....	94
JYNNEOS.....	107

K

KALETRA.....	53
kalliga.....	95
KALYDECO.....	124
kariva.....	95
kcl in dextrose-nacl.....	82
KCL-LACTATED RINGERS-D5W.....	82
kelnor 1/35.....	95
kelnor 1/50.....	95
KERENDIA.....	57
ketoconazole.....	25
ketorolac tromethamine.....	120
KINERET.....	103
KINRIX.....	108
kionex.....	84
KISQALI (200 MG DOSE).....	35
KISQALI (400 MG DOSE).....	35
KISQALI (600 MG DOSE).....	35
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	35
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	35
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	35
klayesta.....	25
klor-con.....	82
klor-con 10.....	82
klor-con m10.....	82
klor-con m15.....	82
klor-con m20.....	82
KLOXXADO.....	5
KOMZIFTI.....	35

KOSELUGO.....	35
kourzeq.....	76
KRAZATI.....	35
kurvelo.....	95

L

l-glutamine.....	88
labetalol hcl.....	65
lacosamide.....	18
lactated ringers.....	82,114
lactulose.....	85
lactulose encephalopathy.....	85
LAGEVRIO.....	54
lamivudine.....	49,51
lamivudine-zidovudine.....	51
lamotrigine.....	15
lansoprazole.....	87
LANTUS.....	59
LANTUS SOLOSTAR.....	59
lapatinib ditosylate.....	35
larin 1.5/30.....	95
larin 1/20.....	95
larin fe 1.5/30.....	95
larin fe 1/20.....	95
larissia.....	95
latanoprost.....	121
LAZCLUZE.....	31
LEDERLE LEUCOVORIN.....	30
leena.....	95
leflunomide.....	105
lenalidomide.....	29
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	35
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	35
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	35
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	36
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	36
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	36
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	36
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	36
LEQEMBI IQLIK.....	19
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE).....	19

lessina.....	95
letrozole.....	31
leucovorin calcium.....	30
LEUKERAN.....	28
LEUKINE.....	62
leuprolide acetate.....	101
levalbuterol hcl.....	124
LEVALBUTEROL TARTRATE.....	124
levetiracetam.....	15
levetiracetam er.....	15
levo-t.....	100
LEVOBUNOLOL HCL.....	120
levocarnitine.....	88
levocetirizine dihydrochloride.....	122
levofloxacin.....	13
LEVOFLOXACIN.....	119
levofloxacin in d5w.....	13
levonest.....	95
levonorg-eth estrad triphasic.....	95
levonorgest-eth estrad 91-day.....	95
levonorgest-eth estradiol-iron.....	95
levonorgestrel-ethinyl estrad.....	95
levora 0.15/30 (28).....	95
levothyroxine sodium.....	100
levoxyl.....	100
LEXIVA.....	53
lidocaine.....	4
lidocaine hcl.....	4
lidocaine viscous hcl.....	5
lidocaine-prilocaine.....	5
lidocan.....	5
LIFYORLI (125 MG DOSE).....	36
LIFYORLI (150 MG DOSE).....	36
LILETTA (52 MG).....	99
lillow.....	95
lincomycin hcl.....	7
linezolid.....	7
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	7
LINZESS.....	85
liothyronine sodium.....	100
lisinopril.....	64

lisinopril-hydrochlorothiazide.....	68
lithium.....	55
lithium carbonate.....	55
lithium carbonate er.....	55
LIVTENCITY.....	49
lo-zumandimine.....	95
loestrin 1.5/30 (21).....	95
loestrin 1/20 (21).....	95
loestrin fe 1.5/30.....	95
loestrin fe 1/20.....	95
lojaimiess.....	95
LOKELMA.....	84
lomustine.....	28
LONSURF.....	30
loperamide hcl.....	85
lopinavir-ritonavir.....	53
lorazepam.....	55
lorazepam intensol.....	55
LORBRENA.....	36
loryna.....	96
losartan potassium.....	63
losartan potassium-hctz.....	69
loteprednol-tobramycin.....	118
lovastatin.....	71
low-ogestrel.....	96
loxapine succinate.....	44
lubiprostone.....	85
luizza 1.5/30.....	96
luizza 1/20.....	96
LUMAKRAS.....	36
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	101
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	101
LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	101
LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	101
lurasidone hcl.....	47
lutra.....	96
LYBALVI.....	21
lyleq.....	99
lyllana.....	96
LYNPARZA.....	36
LYSODREN.....	30

LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	36
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	36
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	36
lyza.....	99

M

M-M-R II.....	108
macitentan.....	125
magnesium sulfate.....	82
malathion.....	80
maraviroc.....	52
marlissa.....	96
MARPLAN.....	21
MATULANE.....	28
matzim la.....	67
MAVYRET.....	49
meclizine hcl.....	23
medpura alcohol pads.....	80
medroxyprogesterone acetate.....	99
mefloquine hcl.....	42
megestrol acetate.....	99
MEKINIST.....	36
MEKTOVI.....	37
meleya.....	99
meloxicam.....	2
memantine hcl.....	20
memantine hcl er.....	20
MENACTRA.....	108
MENEST.....	96
MENQUADFI.....	108
MENVEO.....	108
mercaptopurine.....	29
meropenem.....	12
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	12
mesalamine.....	109
mesalamine er.....	109
mesna.....	41
metformin hcl.....	57
metformin hcl er.....	57
methadone hcl.....	2
methazolamide.....	121

methenamine hippurate.....	7	moexipril hcl.....	64
methergine.....	114	MOLINDONE HCL.....	44,45
methimazole.....	101	mometasone furoate.....	79
methocarbamol.....	127	mondoxyne nl.....	14
METHOTREXATE SODIUM.....	105	mono-lynyah.....	96
methotrexate sodium.....	106	montelukast sodium.....	122
methotrexate sodium (pf).....	105	morphine sulfate.....	4
METHOXSALEN RAPID.....	80	morphine sulfate (concentrate).....	4
methscopolamine bromide.....	86	morphine sulfate er.....	2,3
methsuximide.....	16	MOUNJARO.....	57
METHYLDOPA.....	63	MOVANTIK.....	85
methylergonovine maleate.....	115	moxifloxacin hcl.....	13,119
methylphenidate hcl.....	74	MOXIFLOXACIN HCL.....	14
methylphenidate hcl er.....	74	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	119
methylprednisolone.....	90	MOXIFLOXACIN HCL IN NACL.....	14
methylprednisolone acetate.....	90	MRESVIA.....	108
methylprednisolone sodium succ.....	90	MULTAQ.....	64
metoclopramide hcl.....	23,24	mupirocin.....	81
metolazone.....	71	mycophenolate mofetil.....	106
metoprolol succinate er.....	65	mycophenolate mofetil hcl.....	106
metoprolol tartrate.....	65	mycophenolate sodium.....	106
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	69	mycophenolic acid.....	106
metronidazole.....	7	myorisan.....	77
metyrosine.....	69	MYRBETRIQ.....	88
mexiletine hcl.....	64		
micafungin sodium.....	25	N	
MICONAZOLE 3.....	25	na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	85
microgestin 1.5/30.....	96	nabumetone.....	2
microgestin 1/20.....	96	nadolol.....	65
microgestin fe 1.5/30.....	96	nafcillin sodium.....	12
microgestin fe 1/20.....	96	nafrinse.....	82
midodrine hcl.....	63	NAGLAZYME.....	88
mifepristone.....	101	naloxone hcl.....	5
mili.....	96	naltrexone hcl.....	5
minocycline hcl.....	14	naproxen.....	2
minoxidil.....	73	naproxen dr.....	2
minzoya.....	96	naproxen sodium.....	2
mirtazapine.....	21	naratriptan hcl.....	26
misoprostol.....	86	NATACYN.....	119
modafinil.....	127	nateglinide.....	57
MODEYSO.....	30	NAYZILAM.....	5

nebivolol hcl.....	65	norethin ace-eth estrad-fe.....	96
necon 0.5/35 (28).....	96	norethin-eth estradiol-fe.....	96
NEFAZODONE HCL.....	22	norethindrone.....	99
neo-polycin.....	118	norethindrone acet-ethinyl est.....	96
neo-polycin hc.....	118	norethindrone acetate.....	99
neomycin sulfate.....	6	norethindrone-eth estradiol.....	96
neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	118	norgestim-eth estrad triphasic.....	96
neomycin-polymyxin-dexameth.....	118	norgestimate-eth estradiol.....	97
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....	118	norlyda.....	99
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....	118	norlyroc.....	99
neomycin-polymyxin-hc.....	121	nortrel 0.5/35 (28).....	97
NERLYNX.....	37	nortrel 1/35 (21).....	97
nevirapine.....	51	nortrel 1/35 (28).....	97
NEVIRAPINE.....	51	nortrel 7/7/7.....	97
NEVIRAPINE ER.....	51	nortriptyline hcl.....	23
nevirapine er.....	51	NORVIR.....	53
NEXPLANON.....	99	NovoFine 32G X 6 MM MISC.....	115
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC).....	72	NOVOLIN R FLEXPEN.....	59
niacin er (antihyperlipidemic).....	72	NOVOLIN R FLEXPEN RELION.....	59
NIACOR.....	72	NUBEQA.....	28
nicardipine hcl.....	66	NUCALA.....	126
NICOTROL.....	5	NUPLAZID.....	47
NICOTROL NS.....	5	NURTEC.....	26
nifedipine er.....	66	NUTRILIPID.....	115
nifedipine er osmotic release.....	66	nyamyc.....	25
nikki.....	96	nylia 1/35.....	97
nilotinib hcl.....	37	nylia 7/7/7.....	97
nilutamide.....	28	nymyo.....	97
nimodipine.....	66	nystatin.....	25
NINLARO.....	37	nystatin-triamcinolone.....	80
nintedanib esylate.....	125	nystop.....	25
nitazoxanide.....	42		
nitisinone.....	88	O	
nitro-bid.....	73	ocella.....	97
nitrofurantoin macrocrystal.....	7	octreotide acetate.....	101
nitrofurantoin monohyd macro.....	7	OCTREOTIDE ACETATE.....	101
nitroglycerin.....	73	ODEFSEY.....	51
NIVESTYM.....	62	ODOMZO.....	37
NIZATIDINE.....	86	OFEV.....	125
nora-be.....	99	ofloxacin.....	119,121
norelgestromin-eth estradiol.....	96	OGSIVEO.....	37

OJEMDA.....	37	paroxetine hcl.....	22
OJJAARA.....	30	PAROXETINE HCL.....	22
olanzapine.....	47	paroxetine hcl er.....	22
olmesartan medoxomil.....	63	PAXLOVID (150/100).....	54
olmesartan medoxomil-hctz.....	69	PAXLOVID (300/100 & 150/100).....	54
olmesartan-amlodipine-hctz.....	69	PAXLOVID (300/100).....	54
omega-3-acid ethyl esters.....	72	pazopanib hcl.....	37
omeprazole.....	87	PAZOPANIB HCL.....	37
OMNITROPE.....	86,91	PEDIARIX.....	108
ondansetron.....	24	PEDVAXHIB.....	108
ONDANSETRON HCL.....	24	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	85
ondansetron hcl.....	24	peg-3350/electrolytes.....	86
ONUREG.....	30	PEGASYS.....	104
OPIPZA.....	47	PEMAZYRE.....	37
OPVEE.....	115	PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP.....	115
oralone.....	76	PEN NEEDLES.....	115
ORGOVYX.....	101	PENBRAYA.....	115
orquidea.....	99	penicillamine.....	89
ORSERDU.....	28	penicillin g potassium.....	12
oseltamivir phosphate.....	53	PENICILLIN G SODIUM.....	12
OSPHENA.....	100	penicillin v potassium.....	12
OTEZLA.....	80,103	PENMENVY.....	108
OTEZLA XR.....	80	PENTACEL.....	108
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK.....	103	pentamidine isethionate.....	42
oxaprozin.....	2	pentoxifylline er.....	69
oxcarbazepine.....	18	perampanel.....	15
oxybutynin chloride.....	88	PERINDOPRIL ERBUMINE.....	64
oxybutynin chloride er.....	88	periogard.....	76
oxycodone hcl.....	4	permethrin.....	80
oxycodone-acetaminophen.....	4	perphenazine.....	24
OZEMPIC.....	57	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE.....	21
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	57	PERSERIS.....	47
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	57	pfizerpen.....	12
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	57	PHENELZINE SULFATE.....	21
P		phenobarbital.....	17
pacerone.....	64	phenytek.....	19
paliperidone er.....	47	phenytoin.....	19
PANRETIN.....	41	phenytoin infatabs.....	19
pantoprazole sodium.....	87	phenytoin sodium extended.....	19
paricalcitol.....	110	philith.....	97
		PIFELTRO.....	51

pilocarpine hcl.....	76,121	PREDNISONE.....	90
pimozide.....	45	PREDNISONE INTENSOL.....	90
pimtrea.....	97	pregabalin.....	75
pindolol.....	65	PREMARIN.....	97
pioglitazone hcl.....	57	PREMASOL.....	83
pioglitazone hcl-glimepiride.....	57	PREMIUM LIDOCAINE.....	5
pioglitazone hcl-metformin hcl.....	57	Prenatal vitamins.....	83
piperacillin sod-tazobactam so.....	12	PRETOMANID.....	27
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	37	prevalite.....	72
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	37	PREVYMIS.....	49
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	37	PREZCOBIX.....	53
pirfenidone.....	125	PREZISTA.....	53
PIRFENIDONE.....	125	PRIFTIN.....	27
pirmella 1/35.....	97	primaquine phosphate.....	42
pirmella 7/7/7.....	97	primidone.....	17
piroxicam.....	2	PRIORIX.....	108
PNV 27-CA/FE/FA.....	82	PRO COMFORT ALCOHOL.....	115
podofilox.....	80	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	115
polycin.....	118	probenecid.....	26
polymyxin b-trimethoprim.....	119	prochlorperazine.....	24
pomalidomide.....	29	prochlorperazine maleate.....	24
POMALYST.....	29	procto-med hc.....	79
portia-28.....	97	proctosol hc.....	79
posaconazole.....	25	proctozone-hc.....	79
potassium chloride.....	83	progesterone.....	99
potassium chloride crys er.....	83	PROGRAF.....	106
potassium chloride er.....	83	promethazine hcl.....	24,122
potassium chloride in dextrose.....	83	propafenone hcl.....	64
potassium chloride in nacl.....	83	propranolol hcl.....	65
potassium citrate er.....	83	PROPRANOLOL HCL.....	65
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%.....	83	propranolol hcl er.....	65
pramipexole dihydrochloride.....	43	propylthiouracil.....	102
prasugrel hcl.....	62	PROQUAD.....	108
pravastatin sodium.....	71	protriptyline hcl.....	23
praziquantel.....	41	PULMOZYME.....	124
prazosin hcl.....	63	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	115
prednisolone.....	90	pyrazinamide.....	27
prednisolone acetate.....	120	pyridostigmine bromide.....	27
prednisolone sodium phosphate.....	90	pyridostigmine bromide er.....	27
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	120	pyrimethamine.....	42
prednisone.....	90		

Q

qc alcohol	80
QINLOCK	30
QUADRACEL	108
quetiapine fumarate	47
quetiapine fumarate er	47
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	115
quinapril hcl	64
quinapril-hydrochlorothiazide	69
QUINIDINE SULFATE	65
quinine sulfate	42
QVAR REDHALER	122

R

ra isopropyl alcohol wipes	80
RABAVERT	108
rabeprazole sodium	87
RALDESY	22
raloxifene hcl	100
ramelteon	127
ramipril	64
ranolazine er	69
rasagiline mesylate	44
reclipsen	97
RECOMBIVAX HB	108
relafen	2
RELENZA DISKHALER	53
repaglinide	57
REPATHA	72
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	72
REPATHA SURECLICK	72
RESTASIS	118
RETACRIT	62
RETEVMO	37,38
REVCovi	88
REVUFORJ	38
REXULTI	47
REYATAZ	53
REZDIFFRA	100
REZLIDHIA	38

RHOPRESSA	121
RIBAVIRIN	49
ribavirin	49
RIDAURA	103
rifabutin	27
rifampin	27
rifapentine	27
rilpivirine hcl	51
riluzole	75
RIMANTADINE HCL	54
ringers	83
ringers irrigation	115
RINVOQ	103
RINVOQ LQ	103
risedronate sodium	110
risperidone	47,48
risperidone microspheres er	48
ritonavir	53
rivaroxaban	61
rivastigmine	20
rivastigmine tartrate	20
rizatriptan benzoate	26
ROCKLATAN	118
roflumilast	124
ROMVIMZA	38
ropinirole hcl	43
ropinirole hcl er	43
rosadan	7
rosuvastatin calcium	71
ROTARIX	108
ROTATEQ	108
roweepra	15
ROZLYTREK	38
RUBRACA	38
rufinamide	19
RUKOBIA	52
RYBELSUS	57
RYDAPT	38

S

sacubitril-valsartan	69
----------------------	----

sajazir.....	102	sodium chloride (pf).....	83
SANDIMMUNE.....	106	sodium fluoride.....	84
SANTYL.....	80	sodium oxybate.....	127
sapropterin dihydrochloride.....	88	sodium phenylbutyrate.....	88
SCEMBLIX.....	38	sodium polystyrene sulfonate.....	85
scopolamine.....	24	solifenacin succinate.....	88
SECUADO.....	48	SOLTAMOX.....	29
SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	115	SOMAVERT.....	101
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES.....	115	sorafenib tosylate.....	38
selegiline hcl.....	44	sorine.....	65
selenium sulfide.....	79	sotalol hcl.....	65
SELZENTRY.....	52	sotalol hcl (af).....	65
SEREVENT DISKUS.....	124	SPIRIVA RESPIMAT.....	123
sertraline hcl.....	22	spironolactone.....	70
setlakin.....	97	spironolactone-hctz.....	69
sevelamer carbonate.....	84	sprintec 28.....	97
sharobel.....	99	SPRITAM.....	15
SHINGRIX.....	108	SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF).....	85
SIGNIFOR.....	101	sronyx.....	97
sildenafil citrate.....	125	ssd.....	80
SILIGENTLE FOAM DRESSING.....	115	STAVUDINE.....	51
silodosin.....	89	sterile water for irrigation.....	116
silver sulfadiazine.....	80	STIOLTO RESPIMAT.....	126
SIMBRINZA.....	121	STIVARGA.....	38
SIMLANDI (1 PEN).....	106	STREPTOMYCIN SULFATE.....	6
SIMLANDI (1 SYRINGE).....	106	STRIBILD.....	50
SIMLANDI (2 PEN).....	106	subvenite.....	16
SIMLANDI (2 SYRINGE).....	106	SUBVENITE.....	16
simliya.....	97	sucalfate.....	87
simpesse.....	97	sulfacetamide sodium.....	119
simvastatin.....	71	SULFACETAMIDE SODIUM.....	119
sirolimus.....	106	sulfacetamide sodium (acne).....	77
SIRTURO.....	27	SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	118
sitagliptin phos-metformin hcl er.....	57	sulfadiazine.....	14
sitagliptin phos-metformin hcl.....	57	sulfamethoxazole-trimethoprim.....	14
sitagliptin phosphate.....	58	sulfasalazine.....	109
SKYRIZI.....	103	sulfatrim pediatric.....	14
SKYRIZI (150 MG DOSE).....	103	sulindac.....	2
SKYRIZI PEN.....	103	sumatriptan.....	27
SMOFLIPID.....	115	sumatriptan succinate.....	27
sodium chloride.....	84	SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL.....	27

sunitinib malate.....	38
SUNLENCA.....	52
SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	116
syeda.....	97
SYMPAZAN.....	17
SYMTUZA.....	53
SYNAREL.....	101
SYNJARDY.....	58
SYNJARDY XR.....	58
SYNRIBO.....	39
SYNTHROID.....	100

T

TABLOID.....	30
TABRECTA.....	39
tacrolimus.....	79,106
tadalafil.....	89
tadalafil (pah).....	125
TAFINLAR.....	39
TAGRISSE.....	39
TALZENNA.....	39
tamoxifen citrate.....	29
tamsulosin hcl.....	89
tarina fe 1/20.....	97
tarina fe 1/20 eq.....	97
TARPEYO.....	90
tasimelteon.....	127
tazarotene.....	77
TAZICEF.....	10
taztia xt.....	67
TAZVERIK.....	39
TDVAX.....	108
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	116
telmisartan.....	63
telmisartan-amlodipine.....	69
telmisartan-hctz.....	69
temazepam.....	127
TENIVAC.....	108
tenofovir disoproxil fumarate.....	51
TEPMETKO.....	39
terazosin hcl.....	63

terbinafine hcl.....	26
terconazole.....	26
teriflunomide.....	76
teriparatide.....	110
testosterone.....	91
testosterone cypionate.....	91
TESTOSTERONE ENANTHATE.....	91
tetrabenazine.....	75
tetracycline hcl.....	14
THALOMID.....	29
theophylline er.....	124
thioridazine hcl.....	45
thiothixene.....	45
tiadylt er.....	67
tiagabine hcl.....	17
TIBSOVO.....	39
ticagrelor.....	62
TICOVAC.....	108,109
tigecycline.....	8
timolol maleate.....	66,120
tinidazole.....	8
tiotropium bromide.....	123
tis-u-sol.....	116
TIVICAY.....	50
TIVICAY PD.....	50
tizanidine hcl.....	49
TOBI PODHALER.....	124
tobramycin.....	119,124
tobramycin sulfate.....	6
tobramycin-dexamethasone.....	118
TOLAK.....	80
tolterodine tartrate.....	88
tolterodine tartrate er.....	88
tolvaptan.....	84
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	116
topiramate.....	16
toremifene citrate.....	29
torsemide.....	70
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	59
TOUJEO SOLOSTAR.....	59
TPN ELECTROLYTES.....	84

TRADJENTA.....	58	trivora (28).....	98
tramadol hcl.....	4	TRIZIVIR.....	52
tramadol hcl er.....	3	trospium chloride.....	88
tramadol-acetaminophen.....	4	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	116
trandolapril.....	64	TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	116
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	70	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	116
tranexamic acid.....	62	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	116
tranylcypromine sulfate.....	21	TRULICITY.....	58
travoprost (bak free).....	121	TRUMENBA.....	109
trazodone hcl.....	22	TRUQAP.....	39
TRECATOR.....	27	TUKYSA.....	39
TRELEGY ELLIPTA.....	126	tulana.....	99
TREMFYA.....	103	TURALIO.....	39
TREMFYA ONE-PRESS.....	103	turqoz.....	98
TREMFYA PEN.....	103	TWINRIX.....	109
TREMFYA-CD/UC INDUCTION.....	104	TYBOST.....	52
TRESIBA.....	60	TYENNE.....	104
TRESIBA FLEXTOUCH.....	60	TYMLOS.....	110
tretinoin.....	41,77	TYPHIM VI.....	109
tri femynor.....	97	U	
tri-estarylla.....	97	UDENYCA.....	62
tri-linyah.....	98	ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE.....	116
tri-mili.....	98	UNIFINE OTC PEN NEEDLES.....	116
tri-nymyo.....	98	UNIFINE PENTIPS.....	116
tri-sprintec.....	98	UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....	116
tri-vylibra.....	98	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.....	116
triamcinolone acetonide.....	76,79	UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....	117
triamterene-hctz.....	70	unithroid.....	100
triazolam.....	127	UPTRAVI.....	125
triderm.....	79	ursodiol.....	86
trientine hcl.....	84	V	
TRIENTINE HCL.....	84	valacyclovir hcl.....	54
trifluoperazine hcl.....	45	VALCHLOR.....	80
TRIFLURIDINE.....	119	valganciclovir hcl.....	49
trihexyphenidyl hcl.....	43	valproate sodium.....	16
TRIKAFTA.....	124	valproic acid.....	16
trimethoprim.....	8	valsartan.....	63
trimipramine maleate.....	23	valsartan-hydrochlorothiazide.....	70
TRINTELLIX.....	22	VALTOCO 10 MG DOSE.....	17
TRIUMEQ.....	52		
TRIUMEQ PD.....	52		

VALTOCO 15 MG DOSE.....	17	VIREAD.....	52
VALTOCO 20 MG DOSE.....	17	VITRAKVI.....	40
VALTOCO 5 MG DOSE.....	17	VIVOTIF.....	109
valtya 1/35.....	98	VIZIMPRO.....	40
VALTYA 1/50.....	98	volnea.....	98
vanadom.....	127	VONJO.....	41
vancomycin hcl.....	8	VOQUEZNA DUAL PAK.....	86
VANFLYTA.....	39	VOQUEZNA TRIPLE PAK.....	86
VAQTA.....	109	VORANIGO.....	40
varenicline tartrate.....	5	voriconazole.....	26
varenicline tartrate (starter).....	6	VOSEVI.....	50
varenicline tartrate(continue).....	6	VOWST.....	117
VARIVAX.....	109	VRAYLAR.....	48
VAXCHORA.....	109	vyfemla.....	98
VELIVET.....	98	vylibra.....	98
VELSIPITY.....	104	VYZULTA.....	121
VENCLEXTA.....	39		
VENCLEXTA STARTING PACK.....	40	W	
venlafaxine hcl.....	22	warfarin sodium.....	61
venlafaxine hcl er.....	22	WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE.....	117
VEOZAH.....	75	WEGOVY.....	70
VEPPANU.....	29	WELIREG.....	30
verapamil hcl.....	67	wera.....	98
VERAPAMIL HCL ER.....	67	WINREVAIR.....	125
verapamil hcl er.....	67	wixela inhub.....	126
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	117	wymzya fe.....	98
VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	117	WYOST.....	110
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	117		
VERQUVO.....	70	X	
VERSACLOZ.....	48	XALKORI.....	40
VERZENIO.....	40	XARELTO.....	61
vestura.....	98	XARELTO STARTER PACK.....	61
vienva.....	98	XATMEP.....	106
vigabatrin.....	18	XCOPRI.....	16,19
vigadrone.....	18	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	19
VIGAFYDE.....	18	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	19
vigpoder.....	18	XDEMVI.....	118
vilazodone hcl.....	23	xelria fe.....	98
VIMKUNYA.....	109	XERMELO.....	85
viorele.....	98	XIFAXAN.....	8
VIRACEPT.....	53	XIGDUO XR.....	58

XIIDRA.....	118
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	54
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	54
XOLAIR.....	104
XOSPATA.....	40
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	40
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	40
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	40
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	40
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	40
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	40,41
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	41
XTANDI.....	29
XTRENBO.....	111
xulane.....	98

Y

YESINTEK.....	104
YF-VAX.....	109
yuvaferm.....	98

Z

zafemy.....	98
zafirlukast.....	122
zaleplon.....	127
ZARXIO.....	62
ZEJULA.....	41
ZELBORAF.....	41
zenatane.....	77
ZENPEP.....	88
zidovudine.....	52
ziprasidone hcl.....	48
ziprasidone mesylate.....	48
ZIRGAN.....	119
zoledronic acid.....	111
ZOLINZA.....	31
zolpidem tartrate.....	127
ZONISADE.....	19
zonisamide.....	19
zovia 1/35 (28).....	98
ZTALMY.....	18

zumandimine.....	98
ZURZUVAE.....	21
ZYDELIG.....	41
ZYKADIA.....	41
ZYMFENTRA (1 PEN).....	106
ZYMFENTRA (2 PEN).....	106
ZYMFENTRA (2 SYRINGE).....	106
ZYPREXA RELPREVV.....	48



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

Blue Shield of California da lo siguiente:

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

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California al número de teléfono que figura en el dorso de su tarjeta de identificación de miembro.

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

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator, Medicare Appeals & Grievance
P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91367
Teléfono: (800) 776-4466 (TTY: 711), Fax: (916) 350-6510
Dirección electrónica: Appeal&GrievanceResol@blueshieldca.com

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

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

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

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

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

A20275MAD-SP_0726

Y0118_26_193D_COM_C 07262026

09/01/2026



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak [insert language], free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-776-4466 (TTY: 711) or speak to your provider.

العربية
تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-776-4466 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

ՀԱՅԵՐԵՆ

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Ձանգահարեք 1-800-776-4466 հեռախոսահամարով (TTY` 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

中文

注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-800-776-4466 (文本电话: 711) 或咨询您的服务提供商。

हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-776-4466 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Lus Hmoob

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-800-776-4466 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

日本語

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-776-4466 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

한국어

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-776-4466 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

ລາວ

ເລື່ອງ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-800-776-4466 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

ភាសាខ្មែរ

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរសេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-776-4466 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

فارسی

توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 1-800-776-4466 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

ਪੰਜਾਬੀ

ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-800-776-4466 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

РУССКИЙ

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-776-4466 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Español

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-776-4466 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-776-4466 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

ไทย

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-776-4466 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

українська мова

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-776-4466 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

Việt

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-776-4466 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Este formulario se actualizó el 09/01/2026 . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California llamando al (800) 776-4466 o, para usuarios del sistema TTY, al 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m PT, o visite blueshieldca.com/medformulary2027.

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye un número limitado de farmacias de bajo costo, con costo compartido preferido, en ciertos condados de California. Es posible que los bajos costos publicados en los anuncios de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluido si hay farmacias preferidas de bajo costo en su área, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 [TTY: 711], de 8:00 a. m. a 8:00 p. m PT, o consulte el directorio de farmacias en Internet, en blueshieldca.com/medformulary2027.

Amazon Pharmacy es independiente de Blue Shield of California y tiene un contrato para brindar servicios de envío de medicamentos recetados al hogar para los miembros que tienen beneficios de farmacia de Blue Shield. Los miembros deben pagar los costos compartidos que correspondan, según se indica en los detalles del plan de beneficios.

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