



Blue Shield 65 Plus (HMO)

Formulario de 2025

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

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

N.º de identificación del formulario 25355

Este formulario se actualizó el 03/19/2025 . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield 65 Plus llamando al (800) 776-4466 o, para usuarios del sistema TTY, al 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar blueshieldca.com/medformulary2025.

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

A53840MADD-C-SP_1024 (03/25)

Y0118_24_446A1_SP_C 08222024

H2819_24_446A1_SP_C Accepted 08312024

03/19/2025

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 03/19/2025. 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 2025 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 entre nuestro plan y un equipo de proveedores de atención de la salud. Esta lista representa las terapias de medicamentos recetados, que son una parte necesaria de los programas de tratamiento de calidad. Por lo general, nuestro plan cubre los medicamentos que están en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, se obtenga en una farmacia de la red del plan y se respeten otras reglas del plan. Si necesita más información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, lea su Evidencia de Cobertura.

¿Puede cambiar el formulario?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se hacen el 1 de enero, pero nuestro plan puede agregar o quitar 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/medformulary2025.

Cambios que pueden afectarlo este año: Durante el año, usted será afectado por los cambios en la cobertura 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 la sección a continuación 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 la sección a continuación 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 razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y, luego, notificar 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 al medicamento de marca o al 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 ayuda más adelante en la sección llamada "¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield 65 Plus?".

Cambios que no lo afectarán si está tomando un medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestro formulario de 2025 que tenía cobertura a principios de año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2025, excepto lo descrito anteriormente. Por lo tanto, estos medicamentos seguirán estando disponibles para los miembros que los toman, con el mismo costo compartido y sin restricciones nuevas durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá ningún aviso directo sobre cambios que no le afecten.

Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, estos cambios le afectarían y es importante consultar el formulario del nuevo año de beneficios para conocer cualquier cambio en los medicamentos.

El formulario adjunto es válido a partir del 03/19/2025 . 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/medformulary2025.

¿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 número 1. Después, busque el medicamento en esa categoría.

Por orden alfabético

Si no está seguro en qué categoría buscar su medicamento, revise el índice que empieza en la página 97 . En el índice, encontrará una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento, tanto los de marca como los genéricos. Revise el índice y busque su medicamento. Al lado del nombre del medicamento, verá el número de la página donde se puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que indica el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre medicamentos de marca y genéricos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la FDA porque tienen el mismo principio activo que los medicamentos de marca. 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 podría 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 un análisis sobre el tipo de medicamentos, consulte la sección 3.1 “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 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. Para obtener más información sobre las restricciones que se aplican a ciertos medicamentos cubiertos, también puede visitar nuestro sitio web. Hemos publicado en Internet documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. 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. Consulte la sección “¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario del plan?” en la página vi para obtener información sobre cómo pedir una excepción.

¿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, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que cubra nuestro plan.

- Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y que cubra su medicamento. Lea lo que sigue para obtener información sobre cómo pedir una excepción.

¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield 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 renunciemos a una restricción de cobertura, que incluye una autorización previa, un tratamiento escalonado o un límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, para algunos medicamentos, nuestro plan pone un límite en la cantidad de medicamento que cubriremos. Si hay un límite de cantidad para su medicamento, puede pedirnos que no pongamos ese límite y que cubramos una cantidad mayor.
- 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.

En términos generales, nuestro plan aprobará su pedido de excepción solamente si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o la aplicación de restricciones no son tan eficaces para usted y/o le provocarían 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 las razones médicas por las que necesita la excepción.** Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo del profesional que le hace las recetas. Puede pedir una 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 alguna 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 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 si hay una restricción de cobertura. Si su receta indica menos días, le dejaremos pedir repeticiones hasta alcanzar un suministro de 30 días de medicación como máximo. Si su cobertura no está aprobada, dejaremos de pagar esos medicamentos después de su primer suministro de 30 días, aunque aún no hayan pasado los primeros 90 días de su membresía en el plan.

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

Nuestra política de transición se aplica a miembros con problemas de salud estabilizados con 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 anteriores que no se pueden distinguir entre medicamentos recetados nuevos o existentes en el punto de servicio.

Y son miembros que están en alguna de estas situaciones:

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

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

Durante la etapa de transición, los miembros pueden hablar con los profesionales que les hacen las recetas para decidir si deberían cambiar su medicamento por otro que cubramos o pedir una excepción del formulario para obtener la cobertura de ese medicamento, en caso de que no esté en nuestro formulario o tenga restricciones, como requisitos de tratamiento escalonado o de autorización previa. Los miembros pueden comunicarse con 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 que estén en el formulario pero tengan restricciones de cobertura. Este suministro temporal también brinda suficiente tiempo para que los miembros y los profesionales que les hacen las recetas puedan cambiar el medicamento por otro de igual acción terapéutica que esté en el formulario o puedan completar un pedido de excepción del formulario por necesidad médica. Los pedidos de autorización previa para medicamentos del formulario se evalúan teniendo en cuenta los criterios de cobertura aprobados por CMS, y los pedidos de excepción del formulario se evalúan según la necesidad médica. El proceso de evaluación está a cargo de médicos, farmacéuticos 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 lo afecta de un año al siguiente, le brindaremos un suministro temporal de hasta 30 días del medicamento que no está en el formulario, en caso de que necesite una repetición del medicamento durante los primeros 90 días del nuevo año del plan.

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

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

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

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

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

Cómo obtener más información

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

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

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 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 problema para encontrar su medicamento en la lista, revise el índice que empieza en la página 97 .

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/coseguro en la Etapa de Cobertura Inicial para miembros de Blue Shield 65 Plus en los condados de Los Ángeles, Orange, San Bernardino y San Diego:

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO Condados de Los Ángeles 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 de 30 días)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido 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 de 30 días)	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días)	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago
2: Medicamentos genéricos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$5 de copago	\$10 de copago	\$3 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	\$4.50 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$12 de copago	\$18 de copago	\$10 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días)	\$36 de copago	\$54 de copago	\$30 de copago
3: Medicamentos de marca preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$38 de copago	\$40 de copago	\$35 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)	\$95 de copago	\$100 de copago	\$87.50 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días)	\$141 de copago	\$141 de copago	\$141 de copago

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO Condados de Los Ángeles y Orange	COSTO COMPARTIDO Condado de San Bernardino	COSTO COMPARTIDO Condado de San Diego
3: Insulinas cubiertas	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 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)	\$95 de copago	\$100 de copago	\$87.50 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días)	\$105 de copago	\$105 de copago	\$105 de copago
4: Medicamentos no preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$95 de copago	\$95 de copago	\$95 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días)	\$237.50 de copago	\$237.50 de copago	\$237.50 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días)	\$300 de copago	\$300 de copago	\$300 de copago
4: Insulinas cubiertas	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 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)	\$95 de copago	\$100 de copago	\$87.50 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de 30 días)	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días)	\$105 de copago	\$105 de copago	\$105 de copago

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO Condados de Los Ángeles 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 de 30 días)	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red), costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días)	No hay suministro a largo plazo disponible para medicamentos del Nivel 5.	No hay suministro a largo plazo disponible para medicamentos del Nivel 5.	No hay suministro a largo plazo disponible para 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
4	Medicamentos no preferidos
5	Medicamentos de nivel especializado

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
LA	Limited Access (Acceso Limitado)	Es posible que esta receta solo esté disponible en algunas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicio al Cliente.
PA	Prior Authorization (Autorización Previa)	La cobertura de esta receta requiere autorización previa de Blue Shield. Llame a Blue Shield para proporcionar 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 Parte B o D).
QL	Quantity Limit (Límite de Cantidad)	Este medicamento tiene un límite de dosis o de cantidad de suministro. 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	Step Therapy (Tratamiento Escalonado)	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).
NDS	Non-Extended Day Supply (Suministro de Días No Extendido)	Los medicamentos NO están disponibles para suministro a largo plazo.
INS	Covered Insulin (Insulina Cubierta)	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.
VAC	\$0 Vaccine (Vacunación Sin Costo)	Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

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

ANALGÉSICOS

ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA

<i>acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)</i>	NIVEL 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	NIVEL 4	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate 30 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	NIVEL 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 10-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 7.5-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (concentrate) ((concentrate) 20 mg/ml solution, (concentrate) 100 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 3	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml solution</i>	NIVEL 3	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 20 mg/5ml solution</i>	NIVEL 3	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 100 mg/5ml conc</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 20 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i>	NIVEL 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (1000 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA

<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 28 OVER TIME), NDS
<i>fentanyl (12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr, 100 mcg/hr patch 72hr)</i>	NIVEL 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	PA, NDS
<i>methadone hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 5 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er (er 60 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	NIVEL 4	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	NIVEL 4	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl er (er 100 mg tab er 24h, er 200 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES

<i>butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE 50-325-40 MG TAB	NIVEL 2	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>cataflam 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>celecoxib (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium (1 % gel, 1.5 % solution)</i>	NIVEL 3	
<i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<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 er 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 24h, er 500 mg tab er 24h, er 600 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 3	
FLURBIPROFEN (50 MG TAB, 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	
<i>indomethacin er 75 mg cap er</i>	NIVEL 3	
<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 dr</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	

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

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

ANESTÉSICOS

ANESTÉSICOS LOCALES

<i>lidocaine 5 % ointment</i>	NIVEL 4	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5 % patch</i>	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lidocaine hcl 4 % solution</i>	NIVEL 2	
<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 (3 PER 1 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>premium lidocaine 5 % ointment</i>	NIVEL 4	QL (50 PER 30 DAYS)

ANSIOLÍTICOS

ANSIOLÍTICOS, OTROS

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

BENZODIACEPINAS

<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam er (er 0.5 mg tab er 24h, er 1 mg tab er 24h, er 3 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam er 2 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam xr (0.5 mg tab er 24h, 1 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam xr 2 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)</i>	NIVEL 3	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 0.5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab disp</i>	NIVEL 3	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab disp</i>	NIVEL 3	QL (10 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 10 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam (2 mg tab, 2 mg/ml conc)</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 0.5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 1 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)

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

ANTITABACO, MEDICAMENTOS

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

DEPENDENCIA A OPIOIDES

<i>buprenorphine hcl 2 mg sl tab</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl 8 mg sl tab</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (-naloxone 2-0.5 mg film, -naloxone 4-1 mg film)</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (-naloxone 8-2 mg film, -naloxone 8-2 mg sl tab)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 12-3 mg film</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 2-0.5 mg sl tab</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)

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

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

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	

REVERTIDORES OPIOIDEOS

<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml soln prsy, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsy, 4 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>naloxone hcl 4 mg/0.1ml liquid</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 30 DAYS)
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	NIVEL 2	

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 (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 2 gm/50ml solution, 10 mg/ml solution, 80 mg/2ml solution)</i>	NIVEL 4	

ANTIBACTERIANOS, OTROS

<i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon 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 solution, 600 mg/4ml solution, 900 mg/6ml solution, 9000 mg/60ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>clindamycin phosphate 2 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)</i>	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NA CL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	NIVEL 4	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 5	
<i>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 % cream, 0.75 % lotion)</i>	NIVEL 3	
<i>metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metronidazole (1 % gel, 500 mg/100ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (50 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>polymyxin b sulfate 500000 unit recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>rosadan 0.75 % cream</i>	NIVEL 3	
<i>rosadan 0.75 % gel</i>	NIVEL 2	
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	NIVEL 5	
<i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>trimethoprim 100 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 1.75 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 125 mg cap, 250 mg cap, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>vancomycin hcl 5 gm recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
VANDAZOLE 0.75 % GEL	NIVEL 3	
XIFAXAN 200 MG TAB	NIVEL 4	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)

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

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

BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS

CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	NIVEL 2	
<i>cefadroxil (1 gm tab, 500 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>cefadroxil (250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)</i>	NIVEL 3	
<i>cefazolin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 300 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)</i>	NIVEL 3	
<i>cefdinir 300 mg cap</i>	NIVEL 2	
CEFEPIME HCL (1 GM RECON SOLN, 1 GM/50ML SOLUTION, 2 GM RECON SOLN, 2 GM/100ML SOLUTION)	NIVEL 4	
<i>cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>cefotetan disodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cefpodoxime proxetil (50 mg/5ml recon susp, 100 mg tab, 100 mg/5ml recon susp, 200 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ceftazidime (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 6 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)</i>	NIVEL 2	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BETALACTÁMICOS, PENICILINAS		
<i>amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg chew tab, 200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg chew tab, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)</i>	NIVEL 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER 1000-62.5 MG TAB ER 12H	NIVEL 4	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>ampicillin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
BICILLIN C-R 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION	NIVEL 4	
BICILLIN C-R 900/300 900000-300000 UNIT/2ML SUSPENSION	NIVEL 4	
BICILLIN L-A (600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR)	NIVEL 4	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>nafcillin sodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 10 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>penicillin g potassium (5000000 recon soln, 20000000 recon soln)</i>	NIVEL 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	NIVEL 4	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>pfizerpen (5000000 recon soln, 20000000 recon soln)</i>	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>piperacillin sod-tazobactam so (d-tazobactam 2.25 (2-0.25) gm recon ln, d-tazobactam 3-0.375 gm recon ln, d-tazobactam 3.375 (3-0.375) gm recon ln, d-tazobactam 4-0.5 gm recon ln, d-tazobactam 4.5 (4-0.5) gm recon ln, d-tazobactam 13.5 (12-1.5) gm recon ln, d-tazobactam 40.5 (36-4.5) gm recon ln)</i>	NIVEL 4	

CARBAPENÉMICOS

<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	NIVEL 3	
<i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	NIVEL 4	

MACRÓLIDOS

<i>azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 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	
<i>clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>clarithromycin er 500 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	
DIFICID 200 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
<i>e.e.s. 400 400 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>erythrocin lactobionate 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5ml recon susp, 400 mg tab, 400 mg/5ml recon susp)</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	

QUINOLONAS

BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	NIVEL 3	
----------------------------	---------	--

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

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

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	

TETRACICLINAS

<i>avidoxy 100 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>doxy 100 100 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>doxycycline monohydrate (50 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>doxycycline monohydrate (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>minocycline hcl (50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>mondoxyne nl 100 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>morgidox 100 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 4	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>subvenite (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
TOPIRAMATE 50 MG CAP SPRINK	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 2	
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS

APTIOM (200 MG TAB, 400 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
APTIOM (600 MG TAB, 800 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>carbamazepine er (er 100 mg cap er 12h, er 100 mg tab er 12h, er 200 mg cap er 12h, er 200 mg tab er 12h, er 300 mg cap er 12h, er 400 mg tab er 12h)</i>	NIVEL 3	
<i>epitol 200 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 50 mg/5ml solution, 100 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 4	
<i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin (50 mg chew tab, 100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	NIVEL 4	ST, QL (16 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	NIVEL 5	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	NIVEL 4	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (COPRI 14 150 MG 14 200 MG TAB THPK, COPRI 14 50 MG 14 100 MG TAB THPK)	NIVEL 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	
<i>zonisamide (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 2	

GAMMA-AMINOBTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS

<i>clobazam 10 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	NIVEL 4	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 20 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>diazepam 10 mg gel</i>	NIVEL 4	QL (20 PER 30 DAYS)
DIAZEPAM 2.5 MG GEL	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 solution, 300 mg/6ml solution)</i>	NIVEL 3	QL (72 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
LIBERVANT (5 MG FILM, 7.5 MG FILM, 10 MG FILM, 12.5 MG FILM, 15 MG FILM)	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>phenobarbital (15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>primidone (50 mg tab, 125 mg tab, 250 mg tab)</i>	NIVEL 2	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tiagabine hcl (2 mg tab, 4 mg tab, 12 mg tab, 16 mg tab)</i>	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 2 X 10 MG/0.1ML LIQD THPK	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>vigabatrín (500 mg packet, 500 mg tab)</i>	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	LA, QL (36 PER 1 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 3

ANTIDEMENCIALES

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

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

ANTIDEMENCIALES, OTROS

ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	NIVEL 3
-----------------------------	---------

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i>	NIVEL 2	
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i>	NIVEL 2	
<i>galantamine hydrobromide (4 mg tab, 8 mg tab, 12 mg tab)</i>	NIVEL 2	
GALANTAMINE HYDROBROMIDE 4 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
<i>galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er 24h, er 16 mg cap er 24h, er 24 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>rivastigmine (4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr, 13.3 mg/24hr patch 24hr)</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	

ANTIDEPRESIVOS

ANTIDEPRESIVOS, OTROS

AUVELITY 45-105 MG TAB ER	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
LYBALVI (5-10 MG TAB, 10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	NIVEL 5	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

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

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA

EMSAM (6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN 10 MG TAB	NIVEL 4	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	NIVEL 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 solution</i>	NIVEL 3	
<i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg tab er 24h, er 50 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h</i>	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5ml solution</i>	NIVEL 2	
FETZIMA (20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H, 120 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	NIVEL 4	QL (28 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 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 (3 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 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	
<i>paroxetine hcl 10 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>paroxetine hcl er (er 12.5 mg tab er 24h, er 25 mg tab er 24h, er 37.5 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>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 (1 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap er 24h, er 150 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)

TRICÍCLICOS

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

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

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

ANTIESPÁSTICOS

<i>baclofen 10 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 15 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 20 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (16 PER 1 DAYS)
<i>dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 2	

ANTIFÚNGICOS

ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>caspofungin acetate (50 mg recon soln, 70 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	PA
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i>	NIVEL 2	
<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 (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)</i>	NIVEL 4	
<i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 5	
<i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>itraconazole 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	PA
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	NIVEL 4	
<i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>micafungin sodium (50 mg recon soln, 100 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	NIVEL 3	
<i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i>	NIVEL 2	
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)</i>	NIVEL 3	
<i>terconazole 80 mg suppos</i>	NIVEL 4	
<i>voriconazole (40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA
<i>voriconazole 200 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

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

ANTIGOTOSOS

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

ANTIJAQUECOSOS

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

ALCALOIDES DE ERGOTAMINA

<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOS	NIVEL 4	QL (20 PER 30 DAYS)

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)
NURTEC 75 MG TAB DISP	NIVEL 5	PA, QL (16 PER 30 DAYS)
UBRELVY (50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (16 PER 30 DAYS)

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

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

ANTIMIASTÉNICOS

PARASIMPATICOMIMÉTICOS

<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab er</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	
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	
SIRTURO (20 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	PA
TRECTOR 250 MG TAB	NIVEL 4	

ANTINEOPLÁSICOS

ALQUILANTES

CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
GLEOSTINE (10 MG CAP, 40 MG CAP)	NIVEL 4	
GLEOSTINE 100 MG CAP	NIVEL 5	
LEUKERAN 2 MG TAB	NIVEL 4	
MATULANE 50 MG CAP	NIVEL 5	LA
<i>thiotepa (15 mg recon soln, 100 mg recon soln)</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

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

ANTIANDRÓGENOS

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

ANTIANGIÓGENICOS

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

ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES

<i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	NIVEL 4	

ANTIMETABOLITOS

<i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	NIVEL 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	NIVEL 3	

ANTINEOPLÁSICOS, OTROS

AKEEGA (50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 40 MG CAP	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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 (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon 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	
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
WELIREG 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO

HEMADY 20 MG TAB	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mesna 100 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>mesna 400 mg tab</i>	NIVEL 4	
VONJO 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

INHIBIDORES DE ENZIMAS

LAZCLUZE 240 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN

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

INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES

ALECENSA 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BOSULIF 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	NIVEL 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib 20 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib 50 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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 (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (75 MG CAP, 75 MG TAB, 100 MG 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
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (70 MG CAP, 280 MG TAB, 420 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 140 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 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 (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INREBIC 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (49 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (70 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (91 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 240 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG 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 (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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 (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
OGSIVEO 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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 (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (80 MG TAB, 120 MG TAB, 160 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG CAP	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 80 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 110 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 160 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCSEMBLIX 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SCSEMBLIX 20 MG TAB	NIVEL 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCSEMBLIX 40 MG TAB	NIVEL 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	NIVEL 5	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 25 mg cap</i>	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSE (40 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TASIGNA (50 MG CAP, 150 MG CAP, 200 MG CAP)	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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 (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 125 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VANFLYTA 26.5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	NIVEL 3	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (50 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 50 MG CAP SPRINK, 200 MG CAP, 250 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG 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 (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	NIVEL 5	

ANTIPARASITARIOS

ANTIHELMÍNTICOS

<i>albendazole 200 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	NIVEL 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 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	NIVEL 4	QL (720 PER 365 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>chloroquine phosphate 500 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	NIVEL 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
<i>hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>primaquine phosphate 26.3 (15 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 (6 PER 1 DAYS)

ANTIPARKINSONIANOS

AGONISTAS DE LA DOPAMINA

<i>apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart</i>	NIVEL 5	PA
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<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 24h, er 4 mg tab er 24h, er 6 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)

ANTICOLINÉRGICOS

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

ANTIPARKINSONIANOS, OTROS

<i>amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg cap, 100 mg tab)</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 (8 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
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	
ANTIPSICÓTICOS		
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (50-20 MG CAP, 100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	NIVEL 5	QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS		
<i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 25 mg/ml solution, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 50 mg/2ml solution, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
FLUPHENAZINE HCL (1 MG TAB, 2.5 MG TAB, 2.5 MG/5ML ELIXIR, 2.5 MG/ML SOLUTION, 5 MG TAB, 5 MG/ML CONC, 10 MG TAB)	NIVEL 4	
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>haloperidol decanoate (50 mg/ml solution, 100 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	
<i>haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	
<i>loxapine succinate (5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	NIVEL 4	QL (8 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (9 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
PIMOZIDE (1 MG TAB, 2 MG TAB)	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	

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 (18 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS

ABILIFY ASIMTUFI (720 MG/2.4ML PRSYR, 960 MG/3.2ML PRSYR)	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
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, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole (5 mg tab, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	QL (25 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 2 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
ARISTADA (441 MG/1.6ML PRSYR, 662 MG/2.4ML PRSYR, 882 MG/3.2ML PRSYR, 1064 MG/3.9ML PRSYR)	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR	NIVEL 5	QL (2.4 PER 42 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>asenapine maleate (2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab, 10 mg sl tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FANAPT TITRATION PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.75 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.5 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	QL (0.25 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.5 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lurasidone hcl (80 mg tab, 120 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>olanzapine (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>olanzapine (5 mg tab disp, 10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tab er 24h, er 3 mg tab er 24h, er 9 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (90 MG PRSYR, 120 MG PRSYR)	NIVEL 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>quetiapine fumarate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>quetiapine fumarate er (er 50 mg tab er 24h, er 150 mg tab er 24h, er 200 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h, er 400 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	
REXULTI (0.25 MG TAB, 1 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REXULTI (0.5 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<i>risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>risperidone 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 (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	NIVEL 4	QL (7 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	NIVEL 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

ANTIVÍRICOS

ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)

LIVTENCITY 200 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS (20 MG PACKET, 120 MG PACKET)	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS 240 MG TAB	NIVEL 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)
PREVYMIS 480 MG TAB	NIVEL 5	QL (100 PER 365 OVER TIME)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIGRIPALES		
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	NIVEL 3	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	NIVEL 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 X 40 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)
ANTIHEPATÍTCOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (21 PER 1 DAYS)
<i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	NIVEL 3	
ANTIHEPÁTICOS CONTRA LA HEPATITIS C		
MAVYRET 100-40 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>ribavirin (200 mg cap, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIHERPÉTICOS		
<i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>acyclovir 200 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 4	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY 10 MG TAB	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)

ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VIRACEPT 250 MG TAB	NIVEL 5	QL (9 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)

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

COMPLERA 200-25-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT 25 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 200 MG CAP	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 50 MG CAP	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 100 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 200 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER 100 MG TAB ER 24H	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)

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

<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>emtricitabine-tenofovir df 200-300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
STAVUDINE (15 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP, 40 MG CAP)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
TEMIXYS 300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	NIVEL 4	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 1 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
FUZEON 90 MG RECON SOLN	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 150 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (60 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TAB	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TAB	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TYBOST 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS

PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (20 PER 30 DAYS)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)

BIPOLARES

ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO

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

BUCODENTALES

<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	NIVEL 4	
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	NIVEL 2	
KEPIVANCE 6.25 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	NIVEL 3	
<i>oralone 0.1 % paste</i>	NIVEL 3	
<i>periogard 0.12 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	NIVEL 3	

CARDIOVASCULARES

AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA

<i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>	NIVEL 3	
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (252 PER 90 OVER TIME)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>droxidopa 300 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>methyldopa (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 3	

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	

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 (1 PER 1 DAYS)
<i>digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>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 (2 PER 1 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	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	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) ((af) 80 mg tab, (af) 120 mg tab, (af) 160 mg tab)</i>	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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	
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>carvedilol phosphate er (er 10 mg cap er 24h, er 20 mg cap er 24h, er 40 mg cap er 24h, er 80 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 4	ST
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metoprolol succinate er (er 25 mg tab er 24h, er 50 mg tab er 24h, er 100 mg tab er 24h, er 200 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 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 (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	NIVEL 3	
<i>propranolol hcl er (er 60 mg cap er 24h, er 80 mg cap er 24h, er 120 mg cap er 24h, er 160 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>timolol maleate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 4	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS		
<i>amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>felodipine er (er 2.5 mg tab er 24h, er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h)</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 (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>nifedipine er (er 30 mg tab er 24h, er 60 mg tab er 24h, er 90 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>nifedipine er osmotic release (er 30 mg tab er 24h, er 60 mg tab er 24h, er 90 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	NIVEL 4	
NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (1260 PER 21 DAYS)

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS

<i>cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 2	
<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 tab er 24h, er 180 mg tab 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 er 24h</i>	NIVEL 2	
<i>matzim la (180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>taztia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>tiadylt er (er 120 mg cap er 24h, er 180 mg cap er 24h, er 240 mg cap er 24h, er 300 mg cap er 24h, er 360 mg cap er 24h, er 420 mg cap er 24h)</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 5-50 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl (2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap, 10-20 mg cap, 10-40 mg cap)</i>	NIVEL 1	
<i>amlodipine besylate-valsartan (5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab)</i>	NIVEL 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 1	
<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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
ENTRESTO (24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ENTRESTO (6-6 MG CAP SPRINK, 15-16 MG CAP SPRINK)	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>isosorb dinitrate-hydralazine 20-37.5 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>losartan potassium-hctz (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE (250-15 MG TAB, 250-25 MG TAB)	NIVEL 3	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metyrosine 250 mg cap</i>	NIVEL 5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	NIVEL 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 er</i>	NIVEL 2	
PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>ranolazine er (er 500 mg tab er 12h, er 1000 mg tab er 12h)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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	
triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)	NIVEL 1	
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)	NIVEL 1	
VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO

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

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

atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1
fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 1
fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h	NIVEL 2
lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1
rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1
simvastatin (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1

DISLIPIDÉMICOS, OTROS

cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	NIVEL 3
cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	NIVEL 3
colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)	NIVEL 4
colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)	NIVEL 3
colestipol hcl 1 gm tab	NIVEL 2

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

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

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	

DIURÉTICOS, ASA

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

DIURÉTICOS, TIAZIDAS

<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	

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	
<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	
<i>perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	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	

SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)

<i>FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

VASODILADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA

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

VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS

<i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>isosorbide mononitrate er (er 30 mg tab er 24h, er 60 mg tab er 24h, er 120 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>minitran (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	NIVEL 2	
NITRO-BID 2 % OINTMENT	NIVEL 3	
<i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	NIVEL 2	
<i>nitroglycerin (0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.6 mg sl tab)</i>	NIVEL 3	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>nitroglycerin 0.4 mg/spray solution</i>	NIVEL 4	
NITROSTAT (0.3 MG SL TAB, 0.4 MG SL TAB, 0.6 MG SL TAB)	NIVEL 3	

DERMATOLÓGICOS

ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

<i>acutane (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>adapalene 0.1 % cream</i>	NIVEL 4	PA
<i>amnesteem (10 mg cap, 20 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 1-5 % gel</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	
<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 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)</i>	NIVEL 4	PA
<i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	

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

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

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	
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate (1 % gel, 1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)</i>	NIVEL 2	
ERY 2 % PAD	NIVEL 3	
<i>erythromycin 2 % gel</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	NIVEL 2	

DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

<i>ala-cort (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	NIVEL 2	
<i>alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<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 (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 4	
<i>desoximetasone (0.25 % cream, 0.25 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>	NIVEL 4	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	NIVEL 3	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	NIVEL 3	
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	NIVEL 2	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 3	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone (perianal) ((perianal) 1 % cream, (perianal) 2.5 % cream)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone 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>procto-pak 1 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>	NIVEL 2	
<i>tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)</i>	NIVEL 4	QL (100 PER 30 DAYS)
<i>triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>triderm (0.1 % cream, 0.5 % cream)</i>	NIVEL 2	

DERMATOLÓGICOS, OTROS

<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment, 0.005 % solution)</i>	NIVEL 3	
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	NIVEL 3	
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	NIVEL 4	QL (800 PER 28 OVER TIME)
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion</i>	NIVEL 4	
<i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)</i>	NIVEL 2	
<i>fluorouracil 5 % cream</i>	NIVEL 3	
<i>imiquimod 5 % cream</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>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	
<i>methoxsalen rapid 10 mg cap</i>	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 (2 PER 1 DAYS)
<i>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 5 % cream</i>	NIVEL 2

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES

CHEMET 100 MG CAP	NIVEL 5	
<i>clovique 250 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)</i>	NIVEL 5	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	NIVEL 3	
<i>trientine hcl 250 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)

QUELANTES DE POTASIO

<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	NIVEL 2
LOKELMA (5 GM PACKET, 10 GM PACKET)	NIVEL 3
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	NIVEL 2
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION, SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION)	NIVEL 2

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

SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES

<i>dextrose (5 % solution, 10 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	NIVEL 4	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	NIVEL 4	
<i>dextrose-sodium chloride (2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution, 5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution, 10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%- % solution, 20-5-0.225 meq/l-%- % solution, 20-5-0.45 meq/l-%- % solution, 20-5-0.9 meq/l-%- % solution, 40-5-0.9 meq/l-%- % solution)</i>	NIVEL 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	NIVEL 4	
<i>klor-con 10 10 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con 8 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con m10 10 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con m15 15 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con m20 20 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>lactated ringers solution</i>	NIVEL 4	
<i>magnesium sulfate 50 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	NIVEL 2	
NORMOSOL-M IN D5W SOLUTION	NIVEL 4	
<i>potassium chloride (2 meq/ml solution, 10 % solution, 10 meq/100ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/100ml solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i>	NIVEL 4	
<i>potassium chloride crys er (crys er 10 tab er, crys er 15 tab er, crys er 20 tab er)</i>	NIVEL 2	
<i>potassium chloride er (er 8 cap er, er 8 tab er, er 10 cap er, er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er)</i>	NIVEL 2	
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	NIVEL 4	
<i>potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)</i>	NIVEL 4	
<i>potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)</i>	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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 (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>sodium fluoride (0.55 (0.25 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, 2.2 (1 f) mg chew tab)</i>	NIVEL 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

AMINOSALICILATOS

<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	NIVEL 3	
DIPENTUM 250 MG CAP	NIVEL 5	PA
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine 1000 mg suppos</i>	NIVEL 4	
<i>mesalamine 4 gm enema</i>	NIVEL 2	
<i>mesalamine er 0.375 gm cap er 24h</i>	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	

GLUCOCORTICOIDES

<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	NIVEL 4	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>budesonide er 9 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
CORTIFOAM 10 % FOAM	NIVEL 4	
<i>hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>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	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
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
<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
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA
<i>risedronate sodium (5 mg tab, 35 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 4	
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	NIVEL 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	NIVEL 5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (1.7 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

GASTROINTESTINALES

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)

<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)	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 (3 PER 1 DAYS)

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

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

ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES

<i>atropine sulfate (0.5 mg/5ml soln prsy, 1 mg/10ml soln prsy)</i>	NIVEL 4	
<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	

ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL

<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	NIVEL 3	
NULYTELY LEMON-LIME 420 GM RECON SOLN	NIVEL 3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
PLENVU 140 GM RECON SOLN	NIVEL 3	

GASTROINTESTINALES, OTROS

<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	
GOLYTELY 236 GM RECON SOLN	NIVEL 3	
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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	NIVEL 4	

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

PROTECTORES

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

GENITOURINARIOS

ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS

<i>flavoxate hcl 100 mg tab</i>	NIVEL 3	
GEMTESA 75 MG TAB	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	NIVEL 3	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>oxybutynin chloride er (er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h, er 15 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>solifenacin succinate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 4	ST
<i>tolterodine tartrate er (er 2 mg cap er 24h, er 4 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 4	ST
<i>tropium chloride 20 mg tab</i>	NIVEL 2	

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

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

GENITOURINARIOS, OTROS

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

HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

<i>alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	
<i>dutasteride 0.5 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>finasteride 5 mg tab</i>	NIVEL 1	
<i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil 2.5 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil 5 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	NIVEL 1	

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

ANTICOAGULANTES

<i>dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 150 mg cap)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln 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 prsyr, 120 mg/0.8ml soln prsyr)</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 5	QL (18 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>heparin sodium (porcine) ((porcine) 1000 unit/ml solution, (porcine) 5000 unit/ml solution, (porcine) 10000 unit/ml solution, (porcine) 20000 unit/ml solution)</i>	NIVEL 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>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 (1 PER 1 DAYS)
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 3	QL (20 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS

<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	NIVEL 3	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (FREE) 10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, (FREE) 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, (FREE) 25 MCG/ML SOLUTION, (FREE) 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, (FREE) 40 MCG/ML SOLUTION, (FREE) 60 MCG/ML SOLUTION, (FREE) 100 MCG/ML SOLUTION)	NIVEL 4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (FREE) 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, (FREE) 100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, (FREE) 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, (FREE) 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, (FREE) 200 MCG/ML SOLUTION, (FREE) 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
NYVEPRIA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
PROMACTA (12.5 MG PACKET, 12.5 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
PROMACTA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
PROMACTA 25 MG PACKET	NIVEL 5	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
PROMACTA 75 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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 (1 PER 1 DAYS)
-----------------------------------	---------	-------------------

MODIFICADORES PLAQUETARIOS

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

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	NIVEL 3	
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 MG/VIAL RECON SOLN	NIVEL 5	
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	NIVEL 4	
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	NIVEL 4	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) ((1-MONTH) 3.75 MG KIT, (1-MONTH) 7.5 MG KIT)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) ((3-MONTH) 11.25 MG KIT, (3-MONTH) 22.5 MG KIT)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	NIVEL 5	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>octreotide acetate (50 mcg/ml soln prsy, 50 mcg/ml solution, 100 mcg/ml soln prsy, 100 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution)</i>	NIVEL 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ORGOVYX 120 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 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 (1 PER 1 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	
TRELSTAR MIXJECT (3.75 MG RECON SUSP, 11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % solution</i>	NIVEL 4	
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 solution, 200 mg/ml solution)</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 (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)</i>	NIVEL 3	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel</i>	NIVEL 4	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)

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>amethia lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	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>caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 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-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>cyclafem 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>cyclafem 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<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	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	NIVEL 4	
<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 ring</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 (0.1 mg/gm cream, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>estradiol 10 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)</i>	NIVEL 4	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	NIVEL 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)</i>	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>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>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	
<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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>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	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lutra 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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>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	
<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>orsythia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>pimtrea 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 (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)	NIVEL 4	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	NIVEL 3	
<i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i>	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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>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	
<i>tri-lingah 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-previfem 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 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	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>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>zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	

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

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

MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS

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

PROGESTINAS

<i>camila 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 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	PA - PART B VS D DETERMINATION
<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
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>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	

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

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

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	NIVEL 4	
CORTROPHIN 80 UNIT/ML GEL	NIVEL 5	PA, LA
<i>decadron (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 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	
<i>methylprednisolone (4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)</i>	NIVEL 4	
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>prednisolone sodium phosphate (6.7 (5 base) mg/5ml solution, 15 mg/5ml solution, 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, 5 mg/5ml solution, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	NIVEL 3	

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

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

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

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

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

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

<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
--	---------

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
---	---------

HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

ANTITIROIDEOS

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

<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	NIVEL 2
-----------------------------------	---------

INMUNOLÓGICOS

ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL

HAEGARDA (2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN)	NIVEL 5	PA, LA
---	---------	--------

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsy</i>	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsy</i>	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)

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
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)

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, OTROS

ARCALYST 220 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS)
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/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
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
OTEZLA (4 X 10 51 X20 MG TAB THPK, 10 20 30 MG TAB THPK)	NIVEL 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
REZUROCK 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (12 ML PER 1 DAYS)
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	NIVEL 5	PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	NIVEL 5	PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
STELARA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, QL (0.5 PER 28 DAYS)
STELARA 130 MG/26ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (104 PER 365 OVER TIME)
STELARA 90 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
XELJANZ (5 MG TAB, 10 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
XOLAIR (300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XOLAIR 150 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 28 DAYS)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (5 PER 28 DAYS)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, LA, QL (5 PER 28 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
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)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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, 4 MG TAB ER 24H)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>gengraf (25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSH TOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSH TOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
METHOTREXATE SODIUM (1 GM RECON SOLN, 50 MG/2ML SOLUTION, 250 MG/10ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) ((pf) 1 gm/40ml solution, (pf) 50 mg/2ml solution, (pf) 250 mg/10ml solution, (pf) 1000 mg/40ml solution)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 500 mg recon 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 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) 80 MG/0.8ML PREF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 20 MG/0.2ML PREF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SIMLANDI (2 SYRINGE) 40 MG/0.4ML PREF SY KT	NIVEL 5	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
TREXALL (5 MG TAB, 7.5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB)	NIVEL 4	
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

VACUNAS

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
KINRIX (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	
M-M-R II RECON SOLN	NIVEL 3	VAC
MENACTRA SOLUTION	NIVEL 3	VAC
MENQUADFI SOLUTION	NIVEL 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	NIVEL 3	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
PEDIARIX SUSP PRSYR	NIVEL 3	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
PENTACEL RECON SUSP	NIVEL 3	
PRIORIX RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
PROQUAD RECON SUSP	NIVEL 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	
RABAVERT RECON SUSP	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 365 OVER TIME), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
TENIVAC 5-2 LFU INJECTABLE	NIVEL 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
TRUMENBA SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	NIVEL 4	VAC
VAQTA 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
VAQTA 50 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
VAXCHORA RECON SUSP	NIVEL 4	VAC
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	
YF-VAX INJECTABLE	NIVEL 4	VAC

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

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

MIORRELAJANTES

<i>carisoprodol 350 mg tab</i>	NIVEL 2	PA, QL (4 PER 1 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 (4 PER 1 DAYS)

OFTÁLMICOS

OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS

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

OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS

BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	NIVEL 2	
GENTAK 0.3 % OINTMENT	NIVEL 2	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	NIVEL 2	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	NIVEL 3	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	NIVEL 2	
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 (10 % ointment, 10 % solution)</i>	NIVEL 2	
<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	
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>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 (0.4 % solution, 0.5 % solution)</i>	NIVEL 2	
<i>loteprednol etabonate (0.2 % suspension, 0.5 % suspension)</i>	NIVEL 3	
MAXIDEX 0.1 % SUSPENSION	NIVEL 4	
<i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>	NIVEL 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	NIVEL 2	

OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS

<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	NIVEL 4	ST, QL (5 PER 30 DAYS)
<i>latanoprost 0.005 % solution</i>	NIVEL 1	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	NIVEL 4	

OFTÁLMICOS BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

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

OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS

<i>acetazolamide er 500 mg cap er 12h</i>	NIVEL 2	
<i>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	

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

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

OFTÁLMICOS, OTROS

<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	NIVEL 2	
<i>atropine sulfate 1 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	NIVEL 2	
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment</i>	NIVEL 2	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</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 (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	NIVEL 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)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EMULSION	NIVEL 3	QL (5.5 PER 30 DAYS)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	NIVEL 4	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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
XDEMVIY 0.25 % SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	NIVEL 3	
ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION	NIVEL 3	

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

ANTIDIABÉTICOS

<i>acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide er (er 2.5 mg tab er 24h, er 5 mg tab er 24h, er 10 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide xl (2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h, 10 mg tab er 24h)</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 (1 PER 1 DAYS)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUMET XR (50-500 MG TAB ER 24H, 100-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>metformin hcl (500 mg tab, 850 mg tab, 1000 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>metformin hcl er (er 500 mg tab er 24h, er 750 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 1	
<i>miglitol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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) 2 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 (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 (1 PER 1 DAYS)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl (-metformin 15-500 mg tab, -metformin 15-850 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 1	
RYBELSUS (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RYBELSUS (3 MG TAB, 7 MG TAB, 14 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNJARDY (5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR (5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR (2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XIGDUO XR (5-500 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

GLUCÉMICOS

BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	NIVEL 5	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
<i>glucagon emergency 1 mg kit</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY 1 MG/ML RECON SOLN	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)

INSULINAS

HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	NIVEL 3	INS
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	INS
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	INS
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	INS
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	INS
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	INS
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	INS
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	INS
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, INS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	INS
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (40 PER 30 DAYS), INS
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (45 PER 30 DAYS), INS
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 DAYS), INS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 DAYS), INS
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

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA

BETASERON 0.3 MG KIT	NIVEL 5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>dalfampridine er 10 mg tab er 12h</i>	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)</i>	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>teriflunomide (7 mg tab, 14 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP DR	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP DR	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>duloxetine hcl (20 mg cp dr part, 60 mg cp dr part)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>pregabalin (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 1 DAYS)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL

<i>bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>riluzole 50 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>VEOZAH 45 MG TAB</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

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

<i>amphetamine-dextroamphet er (er 5 mg cap er 24h, er 10 mg cap er 24h, er 15 mg cap er 24h, er 20 mg cap er 24h, er 25 mg cap er 24h, er 30 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 30 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lisdexamfetamine dimesylate (10 mg cap, 10 mg chew tab, 20 mg cap, 20 mg chew tab, 30 mg cap, 30 mg chew tab, 40 mg cap, 40 mg chew tab, 50 mg cap, 50 mg chew tab, 60 mg cap, 60 mg chew tab, 70 mg cap)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)

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

<i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
--	---------	-------------------

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

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

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3
ALCOHOL 70% PADS	NIVEL 2
ALCOHOL PREP PAD	NIVEL 2
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	NIVEL 2
ALCOHOL 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
<i>argyle sterile water solution</i>	NIVEL 2
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	NIVEL 3
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC	NIVEL 3
AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	NIVEL 2
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)	NIVEL 3

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
AUM PEN NEEDLE (PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC, PEN 33G 4 MISC, PEN 33G 5 MISC, PEN 33G 6 MISC)	NIVEL 3	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM MISC	NIVEL 3	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	NIVEL 2	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	NIVEL 2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (15/64" 0.3 ML MISC, 15/64" 0.5 ML MISC, 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 70 % PAD	NIVEL 2	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	NIVEL 3	
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (SYRINGE/NEEDLE 29G 1/2" 1 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 0.3 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 0.5 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 15/64" 1 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 0.3 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 0.5 ML MISC, SYRINGE/NEEDLE 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (1/2" 0.3 ML MISC, 5/16" 0.3 ML MISC)	NIVEL 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (U/F 1/2 15/64" 0.3 ML MISC, U/F 1/2 5/16" 0.3 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 (27G 5/8" 1 ML MISC, 28G 1/2" 1 ML MISC)	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (U/F 30G 1/2" 0.3 ML MISC, U/F 30G 1/2" 0.5 ML MISC, U/F 30G 1/2" 1 ML MISC, U/F 31G 15/64" 0.3 ML MISC, U/F 31G 15/64" 0.5 ML MISC, U/F 31G 15/64" 1 ML MISC, U/F 31G 5/16" 0.3 ML MISC, U/F 31G 5/16" 0.5 ML MISC, U/F 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE U/F (PEN U/F 29G 12.7MM MISC, PEN U/F 31G 5 MM MISC, PEN U/F 31G 8 MM MISC, PEN U/F 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	
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	
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	
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
NOVOFINE 32G X 6 MM MISC	NIVEL 3	
NOVOTWIST 32G X 5 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 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
PEN NEEDLES (PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
PENBRAYA RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
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 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC, PEN 32G 8 MISC, PEN 33G 4 MISC, PEN 33G 5 MISC, PEN 33G 6 MISC, PEN 33G 8 MISC)	NIVEL 3	
<i>ringers irrigation solution</i>	NIVEL 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	NIVEL 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>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 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
<i>tis-u-sol solution</i>	NIVEL 2	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC, 32G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	

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

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

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES

ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>alyq 20 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>bosentan 125 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bosentan 62.5 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
OPSUMIT 10 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp</i>	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRACLEER 32 MG TAB SOL	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

ANTIISTAMÍNICOS

<i>azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 25 DAYS)
<i>cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>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 (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	NIVEL 1	
<i>promethazine hcl (6.25 mg/5ml solution, 12.5 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 2	PA

ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR

ARNUITY ELLIPTA (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PULMICORT FLEXHALER (90 MCG/ACT AER POW BA, 180 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (2 PER 30 DAYS)

ANTILEUCOTRIENOS

<i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>montelukast sodium 10 mg tab</i>	NIVEL 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)

BRONCODILATADORES, ANTICOLINÉRGICOS

ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 4	QL (25.8 PER 30 DAYS)
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>	NIVEL 2	QL (45 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	NIVEL 3	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>tiotropium bromide monohydrate 18 mcg cap</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)

BRONCODILATADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS

<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)
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN)	NIVEL 2	QL (36 PER 30 DAYS)

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

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

ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS

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

FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA

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

FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

KALYDECO (5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	NIVEL 5	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	NIVEL 5	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (50-25-37.5 75 MG TAB THPK, 100-50-75 150 MG TAB THPK)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)

INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
--------------------------------	---------	-------------------------------

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>theophylline er (er 100 mg tab er 12h, er 200 mg tab er 12h, er 300 mg tab er 12h, er 400 mg tab er 24h, er 450 mg tab er 12h, er 600 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 3	

TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL

<i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>	NIVEL 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)
<i>brey-na (80-4.5 mcg/act aerosol, 160-4.5 mcg/act aerosol)</i>	NIVEL 3	QL (10.3 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 aerosol, 160-4.5 mcg/act aerosol)</i>	NIVEL 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 4	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	NIVEL 2	QL (50 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 aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (55-14 MCG/ACT AER POW BA, 113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 2	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
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 aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	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	
CYSTAGON (50 MG CAP, 150 MG CAP)	NIVEL 4	PA, LA
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 28 DAYS)
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
<i>l-glutamine 5 gm packet</i>	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 1 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
PROLASTIN-C 1000 MG RECON SOLN	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
PROLASTIN-C 1000 MG/20ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	NIVEL 5	PA
<i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA

TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS

DORMIR, MEDICAMENTOS PARA

<i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 15 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 30 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
<i>triazolam 0.125 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.25 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate er 12.5 mg tab er</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate er 6.25 mg tab er</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)

EUGEROICOS

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

ÓTICOS

<i>acetic acid 2 % solution</i>	NIVEL 2	
CIPRO HC 0.2-1 % SUSPENSION	NIVEL 4	
<i>ciprofloxacin hcl 0.2 % solution</i>	NIVEL 3	
<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	

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

Índice de medicamentos

A

abacavir sulfate	41	ALBUTEROL SULFATE	93
abacavir sulfate-lamivudine	41	albuterol sulfate	93
abacavir-lamivudine-zidovudine	41	albuterol sulfate hfa	93
ABELCET	20	alclometasone dipropionate	53
ABILIFY ASIMTUFII	36	ALCOHOL 70% PADS	87
ABILIFY MAINTENA	36	ALCOHOL PREP	87
abiraterone acetate	23	ALCOHOL PREP PADS	87
ABRYSVO	77	ALCOHOL SWABS	87
acamprosate calcium	6	ALCOHOL SWABSTICK	87
acarbose	82	alcohol wipes	54
accutane	52	ALDURAZYME	95
acebutolol hcl	45	ALECENSA	25
acetaminophen-codeine	1	alendronate sodium	57
acetazolamide	47	ALENDRONATE SODIUM	57
acetazolamide er	80	alfuzosin hcl er	61
acetic acid	96	aliskiren fumarate	47
acetylcysteine	94	allopurinol	21
acitretin	52	alosetron hcl	58
ACTHIB	77	alprazolam	4
ACTIMMUNE	74	alprazolam er	4
acyclovir	39,53	alprazolam xr	4
acyclovir sodium	39	altavera	65
ADACEL	77	ALUNBRIG	25
adapalene	52	alyacen 1/35	65
adefovir dipivoxil	39	alyacen 7/7/7	65
ADEMPAS	91	alyq	91
ADVAIR HFA	94	amantadine hcl	34
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	87	ambrisentan	91
afirmelle	65	amethia	65
AIMOVIG	21	amethia lo	65
ak-poly-bac	81	amikacin sulfate	6
AKEEGA	24	amiloride hcl	50
ala-cort	53	amiloride-hydrochlorothiazide	47
albendazole	33	amiodarone hcl	44
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	92	amitriptyline hcl	18
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	92	amlodipine besy-benazepril hcl	47
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	92	amlodipine besylate	45
ALBUTEROL 90MG HFA INHALER (GENERIC VENTOLIN)	92	amlodipine besylate-valsartan	47
		amlodipine-atorvastatin	47
		amlodipine-olmesartan	47
		amlodipine-valsartan-hctz	47

ammonium lactate	53	atenolol-chlorthalidone	47
amnesteem	52	atomoxetine hcl	86,87
amoxapine	18	atorvastatin calcium	49
amoxicillin	9	atovaquone	33
amoxicillin-pot clavulanate	9	atovaquone-proguanil hcl	33
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER	9	atropine sulfate	59,81
amphetamine-dextroamphet er	86	ATROVENT HFA	92
amphetamine-dextroamphetamine	86	aubra	65
AMPHOTERICIN B	20	aubra eq	65
ampicillin	9	AUGTYRO	24
ampicillin sodium	9	AUM ALCOHOL PREP PADS	87
ampicillin-sulbactam sodium	9	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	87
anagrelide hcl	62	AUM PEN NEEDLE	88
anastrozole	25	aurovela 1.5/30	65
ANORO ELLIPTA	94	aurovela 1/20	65
apomorphine hcl	34	aurovela fe 1.5/30	65
apraclonidine hcl	80	aurovela fe 1/20	65
aprepitant	19	AUVELITY	16
apri	65	aviane	65
APTIOM	13	avidoxy	11
APTIVUS	40	ayuna	65
AQ INSULIN SYRINGE	87	AYVAKIT	25
AQINJECT PEN NEEDLE	87	azathioprine	75
aranelle	65	AZATHIOPRINE SODIUM	75
ARANESP (ALBUMIN FREE)	62	azelastine hcl	79,91
ARCALYST	74	azithromycin	10
AREXVY	77	AZITHROMYCIN	10
argyle sterile water	87	aztreonam	6
ARIKAYCE	6	azurette	65
aripiprazole	36		
ARISTADA	36	B	
ARISTADA INITIO	36	bac (butalbital-acetamin-caff)	86
armodafinil	96	bacitra-neomycin-polymyxin-hc	81
ARNUITY ELLIPTA	92	BACITRACIN	79
asenapine maleate	36	bacitracin-polymyxin b	81
ashlyna	65	baclofen	19
aspirin-dipyridamole er	63	balsalazide disodium	57
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	87	BALVERSA	25
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	87	balziva	65
atazanavir sulfate	40	BAQSIMI ONE PACK	83
atenolol	45	BAQSIMI TWO PACK	83

BARACLUDE.....	39	BRAFTOVI.....	26
BCG VACCINE.....	77	BREO ELLIPTA.....	94
BD INSULIN SYRINGE.....	88	brey-na.....	94
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC88		BREZTRI AEROSPHERE.....	94
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM		briellyn.....	65
MISC.....	88	BRILINTA.....	63
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM		brimonidine tartrate.....	80,81
MISC.....	88	brimonidine tartrate-timolol.....	81
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM		brinzolamide.....	81
MISC.....	88	BRIVIACT.....	12
benazepril hcl.....	51	bromocriptine mesylate.....	34
benazepril-hydrochlorothiazide.....	47	BRUKINSA.....	26
BENLYSTA.....	74	budesonide.....	57,92
BENZNIDAZOLE.....	33	budesonide er.....	57
benzoyl peroxide-erythromycin.....	52	budesonide-formoterol fumarate.....	94
benztropine mesylate.....	34	bumetanide.....	50
BESIVANCE.....	10	buprenorphine.....	2
BESREMI.....	74	buprenorphine hcl.....	5
betaine.....	95	buprenorphine hcl-naloxone hcl.....	5
betamethasone dipropionate.....	53	bupropion hcl.....	16
betamethasone dipropionate aug.....	53	bupropion hcl er (smoking det).....	5
betamethasone valerate.....	53	bupropion hcl er (sr).....	16
BETASERON.....	85	bupropion hcl er (xl).....	16
betaxolol hcl.....	45,80	bupirone hcl.....	4
bethanechol chloride.....	61	butalbital-apap-caffeine.....	86
bexarotene.....	33	butalbital-aspirin-caffeine.....	2
BEXSERO.....	77	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE.....	2
bicalutamide.....	23	butorphanol tartrate.....	1
BICILLIN C-R.....	9		
BICILLIN C-R 900/300.....	9	C	
BICILLIN L-A.....	9	CABENUVA.....	42
BIKTARVY.....	39	cabergoline.....	63
bimatoprost.....	80	CABOMETYX.....	26
BIOGUARD GAUZE SPONGES.....	88	calcipotriene.....	54
bisoprolol fumarate.....	45	calcitonin (salmon).....	58
bisoprolol-hydrochlorothiazide.....	47	calcitrene.....	54
blisovi fe 1.5/30.....	65	CALCITRIOL.....	54,58
blisovi fe 1/20.....	65	calcitriol.....	58
BOOSTRIX.....	77	CALQUENCE.....	26
bosentan.....	91	camila.....	71
BOSULIF.....	25,26	camrese.....	65

camrese lo	65	cevimeline hcl	43
candesartan cilexetil	44	chateal	65
candesartan cilexetil-hctz	47	chateal eq	65
CAPLYTA	36	CHEMET	55
CAPRELSA	26	chlorhexidine gluconate	43
captopril	51	chloroquine phosphate	33
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	47	chlorpromazine hcl	35
carbamazepine	13	chlorthalidone	50
carbamazepine er	13	cholestyramine	49
carbidopa	35	cholestyramine light	49
carbidopa-levodopa	35	ciclodan	53
carbidopa-levodopa er	35	ciclopirox	53
carbidopa-levodopa-entacapone	34	ciclopirox olamine	53
CARETOUCH ALCOHOL PREP	88	cilostazol	63
carglumic acid	95	CILOXAN	11
carisoprodol	79	CIMDUO	41
CARTEOLOL HCL	80	cimetidine	58
cartia xt	46	cinacalcet hcl	58
carvedilol	45	CIPRO HC	96
carvedilol phosphate er	45	ciprofloxacin	11
caspofungin acetate	20	ciprofloxacin hcl	11,96
cataflam	2	ciprofloxacin in d5w	11
CAYSTON	6	ciprofloxacin-dexamethasone	96
caziant	65	citalopram hydrobromide	17
CEFACLOR	8	claravis	52
cefadroxil	8	CLARITHROMYCIN	10
cefazolin sodium	8	clarithromycin	10
cefdinir	8	clarithromycin er	10
CEFEPIME HCL	8	clindamycin hcl	6
cefixime	8	clindamycin palmitate hcl	6
cefotetan disodium	8	clindamycin phos-benzoyl perox	52
cefoxitin sodium	8	clindamycin phosphate	6,53
cefpodoxime proxetil	8	clindamycin phosphate in d5w	6
cefprozil	8	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL	7
ceftazidime	8	clobazam	14
ceftriaxone sodium	8	clobetasol prop emollient base	53
cefuroxime axetil	8	clobetasol propionate	53
cefuroxime sodium	8	clobetasol propionate e	53
celecoxib	2,3	clomipramine hcl	18
cephalexin	8	clonazepam	4
cetirizine hcl	91	clonidine	43

clonidine hcl	43	CVS ALCOHOL PREP PADS	88
clopidogrel bisulfate	63	cvs isopropyl alcohol wipes	54
clorazepate dipotassium	5	cyclafem 1/35	65
clotrimazole	20	cyclafem 7/7/7	66
clotrimazole-betamethasone	54	cyclobenzaprine hcl	79
clovique	55	CYCLOPHOSPHAMIDE	22
clozapine	36	cyclosporine	75
COARTEM	33	cyclosporine modified	75
COBENFY	35	cyproheptadine hcl	92
COBENFY STARTER PACK	35	cyred	66
CODEINE SULFATE	1	cyred eq	66
codeine sulfate	1	CYSTAGON	95
colchicine	21	CYSTARAN	95
colchicine-probenecid	21		
colesevelam hcl	49	D	
colestipol hcl	49	dabigatran etexilate mesylate	61
colistimethate sodium (cba)	7	dalfampridine er	85
COMBIVENT RESPIMAT	94	danazol	64
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	26	dantrolene sodium	19
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	26	dapsone	22
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	26	DAPTACEL	77
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	88	daptomycin	7
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	88	darunavir	40
COMPLERA	41	dasatinib	26
compro	18	dasetta 1/35	66
constulose	59	dasetta 7/7/7	66
COPIKTRA	26	DAURISMO	26
CORLANOR	48	daysee	66
CORTIFOAM	57	deblitane	71
CORTISONE ACETATE	72	decadron	72
CORTISPORIN-TC	96	deferasirox	55
CORTROPHIN	72	DELSTRIGO	41
COSENTYX	74	delyla	66
COSENTYX (300 MG DOSE)	74	DENGVAXIA	77
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	74	DEPO-ESTRADIOL	66
COSENTYX SENSOREADY PEN	74	DEPO-SUBQ PROVERA 104	71
COSENTYX UNOREADY	74	depo-testosterone	64
COTELLIC	26	DERMOTIC	96
CREON	95	DESCOVY	41
cromolyn sodium	59,79,93	desipramine hcl	18
cryselle-28	65	desmopressin ace spray refrig	64

desmopressin acetate	64	diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	46
desmopressin acetate pf	64	diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	46
desmopressin acetate spray	64	diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	46
desogestrel-ethinyl estradiol	66	diltiazem hcl er	46
desonide	53	diltiazem hcl er beads	46
desoximetasone	53	dimethyl fumarate	85
desvenlafaxine succinate er	17	dimethyl fumarate starter pack	85
dexamethasone	72	DIPENTUM	57
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID	72	diphenoxylate-atropine	58
dexamethasone sod phosphate pf	72	DIPHENOXYLATE-ATROPINE	58
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE . 72,79		DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT	77
dexmethylphenidate hcl	87	dipyridamole	63
dextroamphetamine sulfate	86	disulfiram	6
dextrose	56	divalproex sodium	12
dextrose in lactated ringers	56	divalproex sodium er	12
DEXTROSE-NACL	56	dofetilide	44
dextrose-sodium chloride	56	donepezil hcl	15
DIACOMIT	12	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	16
diazepam	5,14	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	16
DIAZEPAM	14	dorzolamide hcl	81
diazepam intensol	5	dorzolamide hcl-timolol mal	81
diazoxide	83	dorzolamide hcl-timolol mal pf	81
diclofenac potassium	3	dotti	66
diclofenac sodium	3,79	DOVATO	39
diclofenac sodium er	3	doxazosin mesylate	45
dicloxacillin sodium	9	doxepin hcl	18
dicyclomine hcl	59	doxercalciferol	58
DIFICID	10	doxy 100	11
diflunisal	3	doxycycline hyclate	11
difluprednate	80	doxycycline monohydrate	11
digitek	44	DRIZALMA SPRINKLE	85
digox	44	dronabinol	19
digoxin	44	DROPLET MICRON	88
dihydroergotamine mesylate	21	DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE	88
dilt-xr	46	drospirenone-ethinyl estradiol	66
diltiazem hcl	46	DROXIA	95
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	46		
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	46		

droxidopa.....	43	endocet.....	1
duloxetine hcl.....	85	ENGERIX-B.....	77
DUPIXENT.....	74	enilloring.....	66
dutasteride.....	61	enoxaparin sodium.....	61
dutasteride-tamsulosin hcl.....	61	enpresse-28.....	66
E		enskyce.....	66
e.e.s. 400.....	10	entacapone.....	34
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	88	entecavir.....	39
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	88	ENTRESTO.....	48
ec-naproxen.....	3	enulose.....	59
econazole nitrate.....	20	ENVARBUS XR.....	76
EDURANT.....	41	EPIDIOLEX.....	12
EFAVIRENZ.....	41	epinephrine.....	93
efavirenz.....	41	EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK).....	93
efavirenz-emtricitab-tenofo df.....	41	epitol.....	13
efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	41	EPIVIR HBV.....	39
ELAPRASE.....	95	eplerenone.....	50
elinest.....	66	EPRONTIA.....	12
ELIQUIS.....	61	ERGOLOID MESYLATES.....	15
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	61	ERIVEDGE.....	26
eluryng.....	66	ERLEADA.....	23
EMBECTA AUTOSHIELD DUO.....	88	erlotinib hcl.....	27
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT.....	88	errin.....	71
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100.....	88	ertapenem sodium.....	10
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F.....	89	ERY.....	53
EMBECTA PEN NEEDLE NANO.....	89	erythrocin lactobionate.....	10
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN.....	89	erythromycin.....	53,79
EMBECTA PEN NEEDLE U/F.....	89	erythromycin base.....	10
EMBRACE PEN NEEDLES.....	89	erythromycin ethylsuccinate.....	10
emoquette.....	66	erythromycin lactobionate.....	10
EMSAM.....	17	escitalopram oxalate.....	17
emtricitabine.....	41	esomeprazole magnesium.....	60
emtricitabine-tenofovir df.....	41,42	estarylla.....	66
EMTRIVA.....	42	estradiol.....	66
emzahn.....	71	estradiol valerate.....	66
enalapril maleate.....	51	ESTRING.....	66
enalapril-hydrochlorothiazide.....	48	eszopiclone.....	95
ENBREL.....	75	ethambutol hcl.....	22
ENBREL MINI.....	76	ethosuximide.....	15
ENBREL SURECLICK.....	76	ethynodiol diac-eth estradiol.....	66

etodolac	3	fluocinolone acetonide	53
etodolac er	3	fluocinolone acetonide body	53
etonogestrel-ethinyl estradiol	67	fluocinolone acetonide scalp	53
etravirine	41	fluocinonide	54
euthyrox	73	fluocinonide emulsified base	54
everolimus	27,76	fluorometholone	80
EVOTAZ	40	fluorouracil	54
exemestane	25	fluoxetine hcl	17
ezetimibe	50	FLUOXETINE HCL	17
ezetimibe-simvastatin	50	fluphenazine decanoate	35
F		FLUPHENAZINE HCL	35
falmina	67	FLURBIPROFEN	3
famciclovir	39	FLURBIPROFEN SODIUM	80
famotidine	58	FLUTAMIDE	23
FANAPT	36	fluticasone propionate	54,94
FANAPT TITRATION PACK	37	fluticasone-salmeterol	94
FARXIGA	51	FLUTICASONE-SALMETEROL	94
febuxostat	21	fluvastatin sodium	49
feirza 1.5/30	67	fluvastatin sodium er	49
felbamate	12	fluvoxamine maleate	17
felodipine er	46	FML	80
femynor	67	FML FORTE	80
fenofibrate	49	fondaparinux sodium	61
fenofibrate micronized	49	fosamprenavir calcium	40
fenofibric acid	49	fosinopril sodium	51
fentanyl	2	fosinopril sodium-hctz	48
FETZIMA	17	FOTIVDA	27
FETZIMA TITRATION	17	FRUZAQLA	24
finasteride	61	fulvestrant	23
ingolimod hcl	85	furosemide	50
FINTEPLA	12	FUROSEMIDE	50
FIRMAGON	63	FUZEON	42
FIRMAGON (240 MG DOSE)	63	fyavolv	67
flavoxate hcl	60	FYCOMPA	12
flecainide acetate	44	G	
fluconazole	20	gabapentin	14
fluconazole in sodium chloride	20	galantamine hydrobromide	16
flucytosine	20	GALANTAMINE HYDROBROMIDE	16
fludrocortisone acetate	72	galantamine hydrobromide er	16
flunisolide	94	gallifrey	71

GAMUNEX-C	74
GARDASIL 9	77
gauze pads 2	89
GAVILYTE-C	59
gavilyte-g	59
gavilyte-n with flavor pack	59
GAVRETO	27
gefitinib	27
gemfibrozil	49
GEMTESA	60
generlac	59
gengraf	76
GENTAK	79
gentamicin sulfate	6,79
GENVOYA	40
GILOTRIF	27
glatiramer acetate	85
glatopa	85
GLEOSTINE	22
glimepiride	82
glipizide	82
glipizide er	82
glipizide xl	82
glipizide-metformin hcl	82
GLUCAGEN HYPOKIT	84
glucagon emergency	84
GLUCAGON EMERGENCY	84
glyburide	82
GLYBURIDE MICRONIZED	82
glyburide-metformin	82
glycopyrrolate	59
GLYXAMBI	82
GNP PEN NEEDLES	89
GOLYTELY	59
granisetron hcl	19
griseofulvin microsize	20
griseofulvin ultramicrosize	20
guanfacine hcl	43
guanfacine hcl er	87

H

HADLIMA	76
HADLIMA PUSHTOUCH	76
HAEGARDA	73
hailey 1.5/30	67
hailey fe 1.5/30	67
hailey fe 1/20	67
halobetasol propionate	54
haloette	67
haloperidol	35
haloperidol decanoate	35
haloperidol lactate	35
HAVRIX	77
heather	71
HEMADY	25
heparin sodium (porcine)	62
heparin sodium (porcine) pf	62
HEPLISAV-B	77
HIBERIX	77
HIZENTRA	74
HUMALOG	84
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	84
HUMALOG KWIKPEN	84
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	84
HUMALOG MIX 75/25	84
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	84
HUMULIN 70/30	84
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	84
HUMULIN N	84
HUMULIN N KWIKPEN	84
HUMULIN R	84
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	84
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	84
hydralazine hcl	51
hydrochlorothiazide	50
hydrocodone-acetaminophen	1
hydrocortisone	54,57
hydrocortisone (perianal)	54
hydrocortisone butyrate	54
hydrocortisone-acetic acid	96

hydromorphone hcl.....	1	INSULIN SYRINGE 0.5 ML.....	89
hydroxychloroquine sulfate.....	33,34	INSULIN SYRINGE 1 ML.....	89
hydroxyurea.....	24	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	89
hydroxyzine hcl.....	92	INSUPEN PEN NEEDLES.....	89
hydroxyzine pamoate.....	92	INTELENCE.....	41
I		INTRALIPID.....	89
ibandronate sodium.....	58	introvale.....	67
IBRANCE.....	27	INVEGA HAFYERA.....	37
ibu.....	3	INVEGA SUSTENNA.....	37
ibuprofen.....	3	INVEGA TRINZA.....	37
icatibant acetate.....	74	IPOL.....	77
iclevia.....	67	ipratropium bromide.....	92
ICLUSIG.....	27	ipratropium-albuterol.....	94
icosapent ethyl.....	50	irbesartan.....	44
IDHIFA.....	27	irbesartan-hydrochlorothiazide.....	48
ILEVRO.....	80	ISENTRESS.....	40
imatinib mesylate.....	27	ISENTRESS HD.....	40
IMBRUVICA.....	27	isibloom.....	67
imipenem-cilastatin.....	10	isoniazid.....	22
imipramine hcl.....	18	isopropyl alcohol.....	55
imiquimod.....	54	isopropyl alcohol wipes.....	55
IMKELDI.....	27	isosorb dinitrate-hydralazine.....	48
IMOVAX RABIES.....	77	isosorbide dinitrate.....	51
incassia.....	71	isosorbide mononitrate.....	51
INCRELEX.....	64	isosorbide mononitrate er.....	51
INCRUSE ELLIPTA.....	92	isotretinoin.....	52
indapamide.....	51	isradipine.....	46
indomethacin.....	3	ITOVEBI.....	28
indomethacin er.....	3	itraconazole.....	20
INFANRIX.....	77	ivabradine hcl.....	48
INLYTA.....	27	ivermectin.....	33
INQOVI.....	24	IWILFIN.....	24
INREBIC.....	28	IXCHIQ.....	77
INSULIN LISPRO.....	84	IXIARO.....	77
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	84	J	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.....	84	jaimiess.....	67
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	84	JAKAFI.....	28
INSULIN PEN NEEDLES.....	89	jantoven.....	62
INSULIN PEN NEEDLES.....	89	JANUMET.....	82
INSULIN SYRINGE 0.3 ML.....	89	JANUMET XR.....	82

JANUVIA	82
JARDIANCE	51
jasmiel	67
JAYPIRCA	28
jencycla	71
JENTADUETO	82
JENTADUETO XR	82
jinteli	67
jolessa	67
joyeaux	67
juleber	67
JULUCA	40
junel 1.5/30	67
junel 1/20	67
junel fe 1.5/30	67
junel fe 1/20	67
JYNNEOS	77

K

kalliga	67
KALYDECO	93
kariva	67
kcl in dextrose-nacl	56
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	56
kelnor 1/35	67
kelnor 1/50	67
KEPIVANCE	43
KERENDIA	82
ketoconazole	20
ketorolac tromethamine	80
KINRIX	78
kionex	55
KISQALI (200 MG DOSE)	28
KISQALI (400 MG DOSE)	28
KISQALI (600 MG DOSE)	28
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	28
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	28
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	28
klor-con	56
klor-con 10	56
klor-con m10	56

klor-con m15	56
klor-con m20	56
KOSELUGO	28
kourzeq	43
KRAZATI	28
kurvelo	67

L

l-glutamine	95
labetalol hcl	45
lacosamide	13
lactated ringers	56,89
lactulose	59
lactulose encephalopathy	59
lamivudine	39,42
lamivudine-zidovudine	42
lamotrigine	12
lansoprazole	60
LANTUS	84
LANTUS SOLOSTAR	84
lapatinib ditosylate	28
larin 1.5/30	67
larin 1/20	67
larin fe 1.5/30	67
larin fe 1/20	67
larissia	67
latanoprost	80
LAZCLUZE	25
leena	67
leflunomide	76
lenalidomide	23
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	28
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	28
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	28
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	28
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	28
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	29
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	29
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	29
lessina	68
letrozole	25

leucovorin calcium.....	24	lithium carbonate er.....	43
LEUKERAN.....	22	LIVTENCITY.....	38
leuprolide acetate.....	63	lo-zumandimine.....	68
levabuterol hcl.....	93	loestrin 1.5/30 (21).....	68
LEVALBUTEROL TARTRATE.....	93	loestrin 1/20 (21).....	68
levetiracetam.....	12	loestrin fe 1.5/30.....	68
levetiracetam er.....	12	loestrin fe 1/20.....	68
levo-t.....	73	lojaimiess.....	68
LEVOBUNOLOL HCL.....	80	LOKELMA.....	55
levocarnitine.....	95	LONSURF.....	24
levocetirizine dihydrochloride.....	92	loperamide hcl.....	58
levofloxacin.....	11	lopinavir-ritonavir.....	40
LEVOFLOXACIN.....	79	lorazepam.....	5
levofloxacin in d5w.....	11	lorazepam intensol.....	5
levonest.....	68	LORBRENA.....	29
levonorg-eth estrad triphasic.....	68	loryna.....	68
levonorgest-eth estrad 91-day.....	68	losartan potassium.....	44
levonorgest-eth estradiol-iron.....	68	losartan potassium-hctz.....	48
levonorgestrel-ethinyl estrad.....	68	loteprednol etabonate.....	80
levora 0.15/30 (28).....	68	lovastatin.....	49
levothyroxine sodium.....	73	low-ogestrel.....	68
levoxyl.....	73	loxapine succinate.....	35
LEXIVA.....	40	lubiprostone.....	59
LIBERVANT.....	14	LUMAKRAS.....	29
lidocaine.....	4	LUMIGAN.....	80
lidocaine hcl.....	4	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	63
lidocaine viscous hcl.....	4	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	63
lidocaine-prilocaine.....	4	LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	63
lidocan.....	4	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	63
LILETTA (52 MG).....	71	lurasidone hcl.....	37
lillow.....	68	lutera.....	68
lincomycin hcl.....	7	LYBALVI.....	16
linezolid.....	7	lyleq.....	71
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	7	lyllana.....	68
LINZESS.....	59	LYNPARZA.....	29
liothyronine sodium.....	73	LYSODREN.....	24
lisdexamfetamine dimesylate.....	86	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	29
lisinopril.....	51	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	29
lisinopril-hydrochlorothiazide.....	48	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	29
lithium.....	43	lyza.....	71
lithium carbonate.....	43		

M

M-M-R II	78	METHOTREXATE SODIUM	76
magnesium sulfate	56	methotrexate sodium	76
malathion	55	methotrexate sodium (pf)	76
maraviroc	42	methoxsalen rapid	55
marlissa	68	methscopolamine bromide	59
MARPLAN	17	methsuximide	15
MATULANE	22	methyl dopa	44
matzim la	46	METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE	48
MAVYRET	39	methylergonovine maleate	89
MAXIDEX	80	methylphenidate hcl	87
meclizine hcl	19	methylphenidate hcl er	87
medpura alcohol pads	55	methylprednisolone	72
medroxyprogesterone acetate	71	methylprednisolone acetate	72
mefloquine hcl	34	methylprednisolone sodium succ	72
megestrol acetate	71	metoclopramide hcl	19
MEKINIST	29	metolazone	51
MEKTOVI	29	metoprolol succinate er	45
meloxicam	3	metoprolol tartrate	45
memantine hcl	15	metoprolol-hydrochlorothiazide	48
memantine hcl er	15	metronidazole	7
MENACTRA	78	metyrosine	48
MENEST	68	mexiletine hcl	44
MENQUADFI	78	micafungin sodium	20
MENVEO	78	MICONAZOLE 3	20
meprobamate	4	microgestin 1.5/30	68
mercaptapurine	24	microgestin 1/20	68
meropenem	10	microgestin fe 1.5/30	68
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE	10	microgestin fe 1/20	68
mesalamine	57	midodrine hcl	44
mesalamine er	57	mifepristone	63
mesna	25	MIGERGOT	21
metformin hcl	82	miglitol	82
metformin hcl er	82	mili	68
methadone hcl	2	minitran	52
methazolamide	81	minocycline hcl	11
methenamine hippurate	7	minoxidil	51
methergine	89	minzoya	68
methimazole	73	mirtazapine	16
methocarbamol	79	misoprostol	60
		modafinil	96
		moexipril hcl	51

MOLINDONE HCL.....	35,36	nebivolol hcl.....	45
mometasone furoate.....	54	necon 0.5/35 (28).....	69
mondoxyne nl.....	11	NEFAZODONE HCL.....	17
mono-lynyah.....	68	neo-polycin.....	81
montelukast sodium.....	92	neo-polycin hc.....	81
morgidox.....	11	neomycin sulfate.....	6
morphine sulfate.....	1	neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	81
morphine sulfate (concentrate).....	1	neomycin-polymyxin-dexameth.....	81
morphine sulfate er.....	2	NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....	81
MOUNJARO.....	83	NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....	81
MOVANTIK.....	59	neomycin-polymyxin-hc.....	96
moxifloxacin hcl.....	11,79	NERLYNX.....	29
MOXIFLOXACIN HCL.....	11	nevirapine.....	41
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	79	NEVIRAPINE.....	41
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL.....	11	NEVIRAPINE ER.....	41
MRESVIA.....	78	nevirapine er.....	41
MULTAQ.....	44	NEXPLANON.....	71
mupirocin.....	53	NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC).....	50
mycophenolate mofetil.....	76	niacin er (antihyperlipidemic).....	50
mycophenolate mofetil hcl.....	76	NIACOR.....	50
mycophenolate sodium.....	76	nicardipine hcl.....	46
mycophenolic acid.....	76	NICOTROL.....	5
myorisan.....	52	NICOTROL NS.....	5
MYRBETRIQ.....	60	nifedipine.....	46
N		nifedipine er.....	46
na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	59	nifedipine er osmotic release.....	46
nabumetone.....	3	nikki.....	69
nadolol.....	45	nilutamide.....	23
nafcillin sodium.....	9	nimodipine.....	46
nafrinse.....	56	NINLARO.....	29
NAGLAZYME.....	95	nitazoxanide.....	34
naloxone hcl.....	6	nitisinone.....	95
naltrexone hcl.....	6	NITRO-BID.....	52
naproxen.....	3	nitrofurantoin macrocrystal.....	7
naproxen dr.....	3	nitrofurantoin monohyd macro.....	7
naproxen sodium.....	3	nitroglycerin.....	52
naratriptan hcl.....	21	NITROSTAT.....	52
NATACYN.....	79	NIZATIDINE.....	58
nateglinide.....	83	nora-be.....	71
NAYZILAM.....	4	norelgestromin-eth estradiol.....	69
		norethin ace-eth estrad-fe.....	69

norethin-eth estradiol-fe	69	OJJAARA	24
norethindrone	71	olanzapine	37
norethindrone acet-ethinyl est	69	olmesartan medoxomil	44
norethindrone acetate	71	olmesartan medoxomil-hctz	48
norethindrone-eth estradiol	69	olmesartan-amlodipine-hctz	48
norgestim-eth estrad triphasic	69	omega-3-acid ethyl esters	50
norgestimate-eth estradiol	69	omeprazole	60
norlyda	71	OMNITROPE	59,64
norlyroc	71	ondansetron	19
NORMOSOL-M IN D5W	56	ONDANSETRON HCL	19
nortrel 0.5/35 (28)	69	ondansetron hcl	19
nortrel 1/35 (21)	69	ONUREG	24
nortrel 1/35 (28)	69	OPSUMIT	91
nortrel 7/7/7	69	OPVEE	90
nortriptyline hcl	18	oralone	43
NORVIR	40	ORGOVYX	64
NOVOFINE 32G X 6 MM MISC	90	ORSERDU	23
NOVOTWIST 32G X 5 MM MISC	90	orsythia	69
NUBEQA	23	oseltamivir phosphate	39
NULYTELY LEMON-LIME	59	OSPHENA	71
NUPLAZID	37	OTEZLA	55,74
NURTEC	21	oxaprozin	3
NUTRILIPID	90	oxcarbazepine	13
nylia 1/35	69	oxybutynin chloride	60
nylia 7/7/7	69	oxybutynin chloride er	60
NYMALIZE	46	oxycodone hcl	1,2
nymyo	69	oxycodone-acetaminophen	2
nystatin	20	OXYCODONE-ACETAMINOPHEN	2
nystatin-triamcinolone	55	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	83
NYVEPRIA	62	OZEMPIC (1 MG/DOSE)	83
		OZEMPIC (2 MG/DOSE)	83
O		P	
ocella	69	pacerone	44
octreotide acetate	63	paliperidone er	37
OCTREOTIDE ACETATE	63	PANRETIN	33
ODEFSEY	41	pantoprazole sodium	60
ODOMZO	29	paricalcitol	58
OFEV	93	paroxetine hcl	17
ofloxacin	79,96	paroxetine hcl er	17
OGSIVEO	29,30	PAXLOVID (150/100)	43
OJEMDA	30		

PAXLOVID (300/100).....	43	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	30
pazopanib hcl.....	30	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	30
PEDIARIX.....	78	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	30
PEDVAX HIB.....	78	pirfenidone.....	93
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	59	PIRFENIDONE.....	93
peg-3350/electrolytes.....	59	pirmella 1/35.....	69
PEGASYS.....	74	pirmella 7/7/7.....	69
PEMAZYRE.....	30	piroxicam.....	3
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP.....	90	PLENVU.....	59
PEN NEEDLES.....	90	podofilox.....	55
PENBRAYA.....	90	polycin.....	81
penicillamine.....	61	polymyxin b sulfate.....	7
penicillin g potassium.....	9	polymyxin b-trimethoprim.....	79
PENICILLIN G SODIUM.....	9	POMALYST.....	23
penicillin v potassium.....	9	portia-28.....	69
PENTACEL.....	78	posaconazole.....	20
pentamidine isethionate.....	34	potassium chloride.....	56
pentoxifylline er.....	48	potassium chloride crys er.....	56
perindopril erbumine.....	51	potassium chloride er.....	56
perio gard.....	43	potassium chloride in dextrose.....	56
permethrin.....	55	potassium chloride in nacl.....	56
perphenazine.....	19	potassium citrate er.....	56
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE.....	16	pramipexole dihydrochloride.....	34
PERSERIS.....	37	prasugrel hcl.....	63
pfizerpen.....	9	pravastatin sodium.....	49
phenelzine sulfate.....	17	praziquantel.....	33
phenobarbital.....	14	prazosin hcl.....	45
phenytek.....	13	prednisolone.....	72
phenytoin.....	13	prednisolone acetate.....	80
phenytoin infatabs.....	13	prednisolone sodium phosphate.....	72
phenytoin sodium extended.....	13	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	80
philith.....	69	prednisone.....	72
PIFELTRO.....	41	PREDNISONE INTENSOL.....	72
pilocarpine hcl.....	43,81	pregabalin.....	85,86
PIMOZIDE.....	36	PREMARIN.....	69
pimtrea.....	69	PREMASOL.....	57
pindolol.....	45	premium lidocaine.....	4
pioglitazone hcl.....	83	prenatal vitamins.....	57
pioglitazone hcl-glimepiride.....	83	prevalite.....	50
pioglitazone hcl-metformin hcl.....	83	previfem.....	69
piperacillin sod-tazobactam so.....	10	PREVYMIS.....	38

PREZCOBIX.....	40
PREZISTA.....	40
PRIFTIN.....	22
primaquine phosphate.....	34
primidone.....	14
PRIORIX.....	78
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	90
probenecid.....	21
prochlorperazine.....	19
prochlorperazine maleate.....	19
procto-med hc.....	54
procto-pak.....	54
proctosol hc.....	54
proctozone-hc.....	54
progesterone.....	71
PROGRAF.....	76
PROLASTIN-C.....	95
PROLIA.....	58
PROMACTA.....	62
promethazine hcl.....	19,92
propafenone hcl.....	44
propranolol hcl.....	45
PROPRANOLOL HCL.....	45
propranolol hcl er.....	45
PROPRANOLOL-HCTZ.....	48
propylthiouracil.....	73
PROQUAD.....	78
protriptyline hcl.....	18
PULMICORT FLEXHALER.....	92
PULMOZYME.....	93
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	90
PURIXAN.....	24
pyrazinamide.....	22
pyridostigmine bromide.....	22
pyridostigmine bromide er.....	22
pyrimethamine.....	34

Q

qc alcohol.....	55
QINLOCK.....	24
QUADRACEL.....	78

quetiapine fumarate.....	37
quetiapine fumarate er.....	38
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE.....	90
quinapril hcl.....	51
quinapril-hydrochlorothiazide.....	48
quinidine sulfate.....	44
quinine sulfate.....	34

R

ra isopropyl alcohol wipes.....	55
RABAVERT.....	78
rabeprazole sodium.....	60
raloxifene hcl.....	71
ramelteon.....	95
ramipril.....	51
ranolazine er.....	48
rasagiline mesylate.....	35
reclipsen.....	69
RECOMBIVAX HB.....	78
relafen.....	3
RELENZA DISKHALER.....	39
repaglinide.....	83
REPATHA.....	50
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	50
REPATHA SURECLICK.....	50
RESTASIS.....	81
RESTASIS MULTIDOSE.....	81
RETACRIT.....	63
RETEVMO.....	30
REVLIMID.....	23
REVUFORJ.....	30
REXULTI.....	38
REYATAZ.....	40
REZLIDHIA.....	30
REZUROCK.....	74
RHOPRESSA.....	81
ribavirin.....	39
rifabutin.....	22
rifampin.....	22
riluzole.....	86
RIMANTADINE HCL.....	39

ringers	57	setlakin	69
ringers irrigation	90	sharobel	71
RINVOQ	75	SHINGRIX	78
RINVOQ LQ	75	SIGNIFOR	64
risedronate sodium	58	sildenafil citrate	91
risperidone	38	SILIGENTLE FOAM DRESSING	90
risperidone microspheres er	38	silodosin	61
ritonavir	40	silver sulfadiazine	55
rivastigmine	16	SIMBRINZA	81
rivastigmine tartrate	16	SIMLANDI (1 PEN)	76
rizatriptan benzoate	21	SIMLANDI (1 SYRINGE)	76
ROCKLATAN	81	SIMLANDI (2 PEN)	76
roflumilast	93,94	SIMLANDI (2 SYRINGE)	76,77
ropinirole hcl	34	simliya	69
ropinirole hcl er	34	simpesse	70
rosadan	7	simvastatin	49
rosuvastatin calcium	49	sirolimus	77
ROTARIX	78	SIRTURO	22
ROTATEQ	78	SKYRIZI	75
roweepra	12	SKYRIZI (150 MG DOSE)	75
ROZLYTREK	30	SKYRIZI PEN	75
RUBRACA	30	SMOFLIPID	90
rufinamide	13,14	sodium chloride	57
RUKOBIA	42	sodium chloride (pf)	57
RYBELSUS	83	sodium fluoride	57
RYDAPT	30	SODIUM OXYBATE	96
S		sodium phenylbutyrate	95
sajazir	74	sodium polystyrene sulfonate	55
SANDIMMUNE	76	solifenacin succinate	60
SANTYL	55	SOLTAMOX	23
sapropterin dihydrochloride	95	SOMAVERT	64
SCSEMBLIX	30,31	sorafenib tosylate	31
scopolamine	19	sorine	44
SECUADO	38	sotalol hcl	44
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	90	sotalol hcl (af)	44
selegiline hcl	35	SPIRIVA RESPIMAT	92
selenium sulfide	54	spironolactone	50
SELZENTRY	42	spironolactone-hctz	48
SEREVENT DISKUS	93	sprintec 28	70
sertraline hcl	18	SPRITAM	12
		SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)	55

sronyx.....	70	TALZENNA.....	31
ssd.....	55	tamoxifen citrate.....	24
STAVUDINE.....	42	tamsulosin hcl.....	61
STELARA.....	75	tarina fe 1/20.....	70
sterile water for irrigation.....	90	tarina fe 1/20 eq.....	70
STIOLTO RESPIMAT.....	94	TASIGNA.....	31
STIVARGA.....	31	tasimelton.....	95
STREPTOMYCIN SULFATE.....	6	tazarotene.....	52
STRIBILD.....	40	TAZICEF.....	8
subvenite.....	13	taztia xt.....	46
sucrafate.....	60	TAZVERIK.....	31
sulfacetamide sodium.....	79	TDVAX.....	78
sulfacetamide sodium (acne).....	52	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	90
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	81	TEFLARO.....	8
sulfadiazine.....	11	telmisartan.....	44
sulfamethoxazole-trimethoprim.....	11	telmisartan-amlodipine.....	48
sulfasalazine.....	57	telmisartan-hctz.....	48
sulindac.....	3	temazepam.....	95
sumatriptan.....	21	TEMIXYS.....	42
sumatriptan succinate.....	21	TENIVAC.....	78
sumatriptan succinate refill.....	21	tenofovir disoproxil fumarate.....	42
sunitinib malate.....	31	TEPMETKO.....	31
SUNLENCA.....	42	terazosin hcl.....	45
SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	90	terbinafine hcl.....	20
syeda.....	70	terconazole.....	20
SYMPAZAN.....	14	teriflunomide.....	85
SYMTUZA.....	40	TERIPARATIDE (RECOMBINANT).....	58
SYNAREL.....	64	testosterone.....	64
SYNJARDY.....	83	testosterone cypionate.....	65
SYNJARDY XR.....	83	TESTOSTERONE ENANTHATE.....	65
SYNRIBO.....	31	tetrabenazine.....	86
SYNTHROID.....	73	tetracycline hcl.....	11
T		THALOMID.....	23
TABLOID.....	24	theophylline er.....	94
TABRECTA.....	31	thioridazine hcl.....	36
tacrolimus.....	54,77	thiotepa.....	22
tadalafil.....	61	thiothixene.....	36
tadalafil (pah).....	91	tiadylt er.....	47
TAFINLAR.....	31	tiagabine hcl.....	14
TAGRISSO.....	31	TIBSOVO.....	31
		TICOVAC.....	78

tigecycline.....	7	tri-linyah.....	70
timolol maleate.....	45,80	tri-mili.....	70
tinidazole.....	7	tri-nymyo.....	70
tiotropium bromide monohydrate.....	92	tri-previfem.....	70
tis-u-sol.....	90	tri-sprintec.....	70
TIVICAY.....	40	tri-vylibra.....	70
TIVICAY PD.....	40	triamcinolone acetonide.....	43,54
tizanidine hcl.....	20	triamterene-hctz.....	49
tobramycin.....	79,93	triazolam.....	96
tobramycin sulfate.....	6	triderm.....	54
tobramycin-dexamethasone.....	81	trientine hcl.....	55
TOLAK.....	55	TRIENTINE HCL.....	55
tolterodine tartrate.....	60	trifluoperazine hcl.....	36
tolterodine tartrate er.....	60	TRIFLURIDINE.....	79
topiramate.....	13	trihexyphenidyl hcl.....	34
TOPIRAMATE.....	13	TRIKAFTA.....	93
toremifene citrate.....	24	trimethoprim.....	7
toremide.....	50	trimipramine maleate.....	18
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	84	TRINTELLIX.....	18
TOUJEO SOLOSTAR.....	85	TRIUMEQ.....	42
TPN ELECTROLYTES.....	57	TRIUMEQ PD.....	42
TRACLEER.....	91	trivora (28).....	70
TRADJENTA.....	83	TRIZIVIR.....	42
tramadol hcl.....	2	trospium chloride.....	60
tramadol hcl er.....	2	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	90
tramadol-acetaminophen.....	2	TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	90
trandolapril.....	51	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	90
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	49	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	90
tranexamic acid.....	63	TRULICITY.....	83
tranlycpromine sulfate.....	17	TRUMENBA.....	78
travoprost (bak free).....	80	TRUQAP.....	31
trazodone hcl.....	18	TUKYSA.....	31
TRECTOR.....	22	tulana.....	71
TRELEGY ELLIPTA.....	94	TURALIO.....	31
TRELSTAR MIXJECT.....	64	turqoz.....	70
TRESIBA.....	85	TWINRIX.....	78
TRESIBA FLEXTOUCH.....	85	TYBOST.....	43
tretinoin.....	33,52	TYMLOS.....	58
TREXALL.....	77	TYPHIM VI.....	78
tri femynor.....	70		
tri-estarylla.....	70		

U

UBRELVY	21
UDENYCA	63
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE	91
UNIFINE OTC PEN NEEDLES	91
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	91
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	91
unithroid	73
ursodiol	59,60

V

valacyclovir hcl	39
VALCHLOR	55
valganciclovir hcl	38
valproate sodium	13
valproic acid	13
valsartan	44
valsartan-hydrochlorothiazide	49
VALTOCO 10 MG DOSE	15
VALTOCO 15 MG DOSE	15
VALTOCO 20 MG DOSE	15
VALTOCO 5 MG DOSE	15
valtya 1/50	70
vanadom	79
vancomycin hcl	7
VANDAZOLE	7
VANFLYTA	31,32
VAQTA	78
varenicline tartrate	5
varenicline tartrate (starter)	5
varenicline tartrate(continue)	5
VARIVAX	78
VAXCHORA	78
VELIVET	70
VENCLEXTA	32
VENCLEXTA STARTING PACK	32
venlafaxine hcl	18
venlafaxine hcl er	18
VEOZAH	86
verapamil hcl	47

VERAPAMIL HCL ER	47
verapamil hcl er	47
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	91
VERIFINE INSULIN SYRINGE	91
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	91
VERQUVO	49
VERSACLOZ	36
VERZENIO	32
vestura	70
vienna	70
vigabatrin	15
vigadrone	15
VIGAFYDE	15
vigpoder	15
vilazodone hcl	18
VIMKUNYA	78
viorele	70
VIRACEPT	41
VIREAD	42
VITRAKVI	32
VIZIMPRO	32
volnea	70
VONJO	25
VORANIGO	32
voriconazole	20
VOWST	91
VRAYLAR	38
vyfemla	70
vylibra	70
VYZULTA	80

W

warfarin sodium	62
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE	91
WELIREG	25
wera	70
wixela inhub	94
wymzya fe	70

X

XALKORI	32
---------	----

XARELTO	62	ziprasidone hcl	38
XARELTO STARTER PACK	62	ziprasidone mesylate	38
XATMEP	77	ZIRGAN	79
XCOPRI	13,14	zoledronic acid	58
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	14	ZOLINZA	25
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	14	zolmitriptan	21
XDEMVY	82	zolpidem tartrate	96
XELJANZ	75	zolpidem tartrate er	96
XELJANZ XR	75	ZONISADE	14
XERMELO	58	zonisamide	14
XGEVA	58	zovia 1/35 (28)	70
XIFAXAN	7	zovia 1/35e (28)	70
XIGDUO XR	83	ZTALMY	15
XIIDRA	82	zumandimine	70
XOFLUZA (40 MG DOSE)	39	ZURZUVAE	16
XOFLUZA (80 MG DOSE)	39	ZYDELIG	33
XOLAIR	75	ZYKADIA	33
XOSPATA	32	ZYLET	82
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)	32	ZYPREXA RELPREVV	38
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)	32		
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	32		
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	32		
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	32		
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)	33		
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	33		
XTANDI	23		
xulane	70		

Y

YF-VAX	78
yuvafem	70

Z

zafemy	70
zafirlukast	92
zaleplon	96
ZARXIO	63
ZEJULA	33
ZELBORAF	33
zenatane	52
zidovudine	42



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
P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011
Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711), Fax: (844) 696-6070
Dirección electrónica: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

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

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

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
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>.

Multi-Language Insert Multi-Language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Navajo Díí ats'íís baa áháyá éí doodago azee' bee aa áháyá bína'ídííkidgo éí ná ata' hodoolnihíí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojí' 1-800-776-4466 béésh bee hodíílnih. Diné k'ehjí yálti'i níká adoolwoł. Díí t'áá jíík'eh bee aná'áwo.

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

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់សូមទូរសព្ទទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-776-4466។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

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

Lao ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຍາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-776-4466. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ບໍ່ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մեզ մոտ հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայությունները՝ մեր առողջապահական կամ դեղերի պլանի հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ չունենալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-800-776-4466 հեռախոսազրույցով: Ձեր կողմից հարցերին իմացող թարգմանիչը: Ծառայություններ անվճար է:

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

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

Este formulario se actualizó el 03/19/2025 . 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., de lunes a viernes. También puede visitar blueshieldca.com/medformulary2025.

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye una cantidad limitada de farmacias de costos más bajos y con costo compartido preferido en ciertos condados de California. Es posible que los costos más bajos publicados en los materiales 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 de menor costo con costo compartido preferido en su área, llame a Servicio al Cliente al (800) 776-4466 [TTY: 711], de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana o consulte el directorio de farmacias en blueshieldca.com/medformulary2025.

Amazon Pharmacy es independiente de Blue Shield of California y tiene un contrato con Blue Shield para brindar servicios de farmacia con envío al hogar a los miembros de Blue Shield para sus medicamentos recetados. Los miembros son responsables de su parte del costo, como se indica en los detalles de su plan de beneficios. Puede encontrar información sobre beneficios específicos de medicamentos recetados y exclusiones de beneficios de medicamentos en sus documentos del plan. Los miembros pueden llamar al número de Servicio al Cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield si tienen preguntas sobre su cobertura de medicamentos recetados de Blue Shield. Amazon y todas las marcas relacionadas son marcas comerciales de Amazon.com, Inc. o de sus afiliados.