

# Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP), un plan Medicare Medi-Cal

## *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos o formulario) 2025*

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

ID del formulario 25355, Versión 17

Este formulario se actualizó el 05/27/2025 .

Para ver información más reciente o si tiene más preguntas, comuníquese con nosotros al 800 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, o visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).

H2819\_24\_422-SP\_C Approved 08202024  
A55568EAE-SP- 06/25

---

**Si tiene preguntas**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).



05/27/2025

## Introducción

Este documento se llama *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como *Lista de medicamentos*). Indica qué medicamentos recetados están cubiertos por Blue Shield TotalDual Plan. En la *Lista de medicamentos* también se indica si existen normas o restricciones especiales para cualquier medicamento cubierto por Blue Shield TotalDual Plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo de la *Guía para los Miembros*.

## Índice

A. Descargos de responsabilidad .....	iv
B. Preguntas frecuentes.....	x
B1. ¿Qué medicamentos recetados figuran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Nos referiremos a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> como la " <i>Lista de     medicamentos</i> " para abreviar).....	x
B2. ¿Es posible que la <i>Lista de medicamentos</i> cambie? .....	x
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la <i>Lista de medicamentos</i> ?.....	xi
B4. ¿Hay alguna restricción o límite para la cobertura de un medicamento o se requiere alguna medida para obtener ciertos medicamentos? .....	xiii
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si hay acciones requeridas para obtener el medicamento?.....	xiv
B6. ¿Qué sucede si Blue Shield TotalDual Plan cambia sus normas sobre cómo cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado)? .....	xiv
B7. ¿Cómo puedo buscar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> ?.....	xiv
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>Lista de     medicamentos</i> ?.....	xv
B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Blue Shield TotalDual Plan y no encuentro mi medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> o tengo un problema para conseguirlo?.....	xv
B10. ¿Puedo pedir una excepción para que mi medicamento tenga cobertura? .....	xvi
B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?.....	xvi
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?.....	xvii

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).



B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos? .....	xvii
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y de qué manera se relacionan con los biosimilares? .....	xvii
B15. ¿Blue Shield TotalDual Plan cubre suministros a largo plazo de medicamentos recetados? .....	xviii
B16. ¿Puedo recibir medicamentos recetados en mi casa desde mi farmacia local? .....	xviii
B17. ¿Cuál es mi copago? .....	xviii
C. Descripción general de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> .....	xix
C1. Lista de medicamentos por condición médica.....	xx
D. Índice de medicamentos cubiertos .....	137

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).



---

## A. Descargos de responsabilidad

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden obtener a través de Blue Shield TotalDual Plan.

- ❖ Puede consultar la *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada de Blue Shield TotalDual Plan en cualquier momento en línea en [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) o llamando al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- ❖ Puede recibir este documento de manera gratuita en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame a los números que figuran al pie de página de este documento. La llamada es gratuita.

## LANGUAGE ASSISTANCE NOTICE

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-452-4413 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (**Arabic**) يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն պիտակ (Armenian)** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր:

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).



Հանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711)

հեռախոսահամարով: Այդ ծառայություններն անվճար են:

**简体中文标语 (Chinese)** 请注意: 如果您需要以您的母语提供帮助, 请致电1-800-452-4413 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务, 例如盲文和需要较大字体阅读, 也是方便取用的。请致电

1-800-452-4413 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

**ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711)। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**हिन्दी टैगलाइन (Hindi)** ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि:शुल्क हैं।

**Nge Lus Hmoob Cob (Hmong)** CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información,** visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).



**日本語表記 (Japanese)** 注意日本語での対応が必要な場合は1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供していますへお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

**한국어 태그라인 (Korean)** 유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

**ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)** ປະກາດ:  
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).  
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).  
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).



**Mienh Tagline (Mien) LONGC HNYOUV JANGX**

LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzaih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-452-4413 (TTY: 711). Naav deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc

**ប្រាសាទសំភាសាខ្មែរ (Cambodian) ចំណាំ៖**

បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរប្រ៊ែល សំរាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**مطلب به زبان فارسی (Farsi)** توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

**Русский слоган (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по**

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para más información, visite blueshieldca.com/medformulary2025.



номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

**Mensaje en Español (Spanish)** ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos

**Tagalog Tagline** PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

**เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)** โปรดทราบ:

หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).



**Примітка українською (Ukrainian)** УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711).

Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом.

Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

**Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)** CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés, español, árabe, armenio, chino simplificado, chino tradicional, farsi, jemer, coreano, ruso, tagalo y vietnamita.

Puede realizar una solicitud permanente para obtener este documento y futuras comunicaciones en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo (en letra grande, braille, audio, etc.). Para hacer esta solicitud, puede comunicarse con Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan al **(800) 452-4413 (TTY: 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Servicio

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).



al Cliente dejará registrados su idioma y formato de preferencia, y puede cambiarlos cuando quiera.

---

## B. Preguntas frecuentes

Aquí encontrará las respuestas a preguntas que puede llegar a tener sobre esta *Lista de medicamentos cubiertos*. Puede leer todas las preguntas frecuentes para obtener más información o buscar una pregunta y respuesta.

### **B1. ¿Qué medicamentos recetados figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Nos referiremos a la *Lista de medicamentos cubiertos* como la "*Lista de medicamentos*" para abreviar).**

Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* que comienza en la sección C son los medicamentos cubiertos por Blue Shield TotalDual Plan. Los medicamentos están disponibles en las farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia está dentro de nuestra red si tenemos un contrato con ella para que trabaje con nosotros y le brinde servicios a usted. Nos referimos a estas farmacias como las "farmacias de la red".

Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta sin receta (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Consulte más información en la página web de Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)). También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Presente su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

Blue Shield TotalDual Plan cubrirá todos los medicamentos médicamente necesarios que se incluyen en la *Lista de medicamentos* si:

- su médico u otra persona con la facultad de recetar medicamentos indica que los necesita para mejorar o mantenerse saludable,
  - Blue Shield TotalDual Plan está de acuerdo con que el medicamento es médicamente necesario para usted, y
  - usted surte el medicamento recetado en una farmacia de la red de Blue Shield TotalDual Plan.
- En algunos casos, hay ciertos requisitos antes de poder obtener un medicamento. Consulte más información en la pregunta B4.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestra página web en [blueshieldca.com/medformulary2024](http://blueshieldca.com/medformulary2024) o llamando a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al pie de página de este documento.

### **B2. ¿Es posible que la *Lista de medicamentos* cambie?**

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite [blueshieldca.com/medformulary2025](http://blueshieldca.com/medformulary2025).



Sí, y Blue Shield TotalDual Plan debe seguir las normas de Medicare y Medi-Cal al realizar cambios. Podemos agregar o quitar medicamentos de la *Lista de medicamentos* a lo largo del año.

También es posible que cambiemos las normas con respecto a los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir si se requiere o no una autorización previa para un medicamento. (Autorización previa es el permiso de Blue Shield TotalDual Plan antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que usted pueda obtener (se llama límites de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones de tratamiento escalonado para un medicamento. (Tratamiento escalonado significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Consulte más información acerca de las normas para estos medicamentos en la pregunta B4.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto a **comienzo** de año, por lo general no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más económico que sea tan efectivo como un medicamento que figure en la *Lista de medicamentos* ahora, o
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, o
- un medicamento se retire del mercado.

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

- Puede consultar la *Lista de medicamentos* actualizada de Blue Shield TotalDual Plan en todo momento en línea ingresando a [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025). Las actualizaciones de la Lista de medicamentos se publican mensualmente en la página web.
- También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al pie de página de este documento para consultar la *Lista de medicamentos* vigente.

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

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* entran en vigencia **de inmediato**. Por ejemplo:

- **Sustituciones de ciertas versiones nuevas de medicamentos.** Podemos retirar inmediatamente los medicamentos de la *Lista de medicamentos* si los

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).



reemplazamos por ciertas versiones nuevas de ese medicamento, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo \$0. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar las normas o límites de cobertura.

- Es posible que no le avisemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos la información acerca del cambio específico que hicimos una vez que haya sucedido.
- Podemos poner en marcha estos cambios solo si el medicamento que estamos agregando:
  - es una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o
  - es una nueva versión biosimilar de productos biológicos originales que figuran en la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, añadir un biosimilar intercambiable que se pueda sustituir por un producto biológico original sin una receta nueva).
  - Puede que no conozca algunos de estos tipos de medicamentos. Consulte más información en la Sección B14.
- Usted o su proveedor pueden pedir una excepción para estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos a seguir para pedir una excepción. Consulte más información sobre excepciones en las preguntas B10-B12.
- **Un medicamento se retira del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) establece que un medicamento que usted está tomando no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo quitaremos de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando dicho medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. El profesional que le recetó el medicamento también estará al tanto de este cambio y podrá abordar el tema con usted y buscar otro medicamento para su condición.

**Es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma.** Le informaremos con anticipación acerca de estos cambios adicionales a la *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden darse si:

- La FDA proporciona pautas nuevas o si hay pautas clínicas nuevas acerca de un medicamento.
- Retiramos un medicamento de marca de la *Lista de medicamentos* al agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, o
- eliminamos un producto biológico original al agregarse un biosimilar, o

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información,** visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).



- cambiamos las normas de cobertura o los límites para el medicamento de marca.

Cuando ocurran estos cambios, nosotros:

- le informaremos al menos 30 días antes de implementar el cambio en la *Lista de medicamentos* o
- le informaremos y le daremos un suministro para 30 días del medicamento tras su solicitud de resurtimiento.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico o el profesional que se lo haya recetado, Estos profesionales pueden ayudarle a decidir:

- si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar o
- si puede pedir una excepción para estos cambios. Consulte más información sobre las excepciones en las preguntas B10-B12.

#### **B4. ¿Hay alguna restricción o límite para la cobertura de un medicamento o se requiere alguna medida para obtener ciertos medicamentos?**

Sí, algunos medicamentos tienen normas de cobertura o límites a la cantidad que usted puede recibir. En algunos casos, usted, su médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos debe hacer algo antes de que usted obtenga el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización previa:** para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos debe obtener la autorización de Blue Shield TotalDual Plan para poder surtir su receta. La autorización previa no es lo mismo que una referencia. Es posible que Blue Shield TotalDual Plan no cubra el medicamento si usted no obtiene una autorización previa.
- **Límites de cantidad:** a veces Blue Shield TotalDual Plan limita la cantidad que usted puede recibir de un medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** a veces Blue Shield TotalDual Plan requiere que haga un tratamiento escalonado. Esto significa que usted tendrá que probar los medicamentos en cierto orden para su condición médica. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si su médico cree que el primer medicamento no le funciona, cubriremos el segundo.

Para saber si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional, consulte los cuadros de la sección C. También puede ver más información en nuestra página web en [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025). Hemos publicado documentos en línea donde explicamos

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información,** visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).



nuestras restricciones de tratamiento escalonado y requisito de autorización previa. También puede solicitarnos que le enviemos una copia.

**Puede solicitar una excepción a estos límites.** Esto le dará tiempo para hablar con su médico o el profesional que se lo haya recetado, quien puede ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar o si puede pedir una excepción. Consulte más información sobre excepciones en las preguntas B10-B12.

### **B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si hay acciones requeridas para obtener el medicamento?**

El cuadro en la Lista de medicamentos por condición médica tiene una columna llamada "Acciones necesarias, restricciones o límites en el uso".

### **B6. ¿Qué sucede si Blue Shield TotalDual Plan cambia sus normas sobre cómo cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado)?**

En algunos casos, le informaremos con anticipación si agregamos o cambiamos los requisitos de autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado para un medicamento. En la pregunta B3 puede ver más información sobre este aviso anticipado y las situaciones en las que es posible que no podamos informarle con anticipación cuando cambien nuestras normas sobre los medicamentos en la *Lista de medicamentos*.

### **B7. ¿Cómo puedo buscar un medicamento en la *Lista de medicamentos*?**

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

- puede buscar por orden alfabético, o
- puede buscar por condición médica.

Para buscar **por orden alfabético**, busque su medicamento en la sección Índice de medicamentos cubiertos. Puede encontrar el índice que comienza en la página 137. El índice proporciona una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se encuentran en el Índice. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

Para buscar **por condición médica**, busque la sección denominada "Lista de medicamentos por condición médica" en la página 1. Los medicamentos en esta sección se agrupan en categorías según el tipo de condiciones médicas para las que se usan. Por ejemplo, si tiene una condición cardíaca, debe buscar en la categoría Agentes cardiovasculares. Allí encontrará los medicamentos para tratar las condiciones del corazón.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).



## **B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la *Lista de medicamentos*?**

Si no encuentra su medicamento en la *Lista de medicamentos*, llame a Servicio al Cliente a los números que figuran al pie de página de este documento y pregunte al respecto. Si se entera de que Blue Shield TotalDual Plan no cubrirá el medicamento, puede hacer una de estas cosas:

- Solicitar a Servicio al Cliente una lista de medicamentos como el que desea tomar. Muéstrele la lista a su médico u otro profesional autorizado para recetar medicamentos, quien puede recetarle un medicamento que figure en la *Lista de medicamentos* que sea como el que desea tomar. ○
- Puede solicitar a Blue Shield TotalDual Plan que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte más información sobre excepciones en las preguntas B10-B12.

## **B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Blue Shield TotalDual Plan y no encuentro mi medicamento en la *Lista de medicamentos* o tengo un problema para conseguirlo?**

Podemos ayudarle. Podemos cubrir un suministro temporal para 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días como miembro de Blue Shield TotalDual Plan. Esto le dará tiempo para hablar con su médico o el profesional que se lo haya recetado, quien puede ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que usted pueda tomar en su lugar o si puede pedir una excepción.

Si su receta es para menos días, le permitiremos resurtimientos múltiples para que tenga medicamento para un máximo de hasta 30 días.

Cubriremos un suministro para 30 días de su medicamento si:

- está tomando un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*, ○
- las normas de nuestro plan no le permiten obtener la cantidad que le recetaron, ○
- el medicamento requiere la autorización previa de Blue Shield TotalDual Plan, ○
- está tomando un medicamento que es parte de una restricción de tratamiento escalonado.

Si está tomando un medicamento que Blue Shield TotalDual Plan no considera un medicamento de la Parte D, y el medicamento no está en la Lista de medicamentos y tiene un problema para obtenerlo, puede estar cubierto a través de Medi-Cal Rx. Si un medicamento excluido de la Parte D requiere una excepción y usted tiene una emergencia, Medi-Cal Rx permitirá un suministro del medicamento para 72 horas como mínimo. Consulte más información en la página web de Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)). También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite [blueshieldca.com/medformulary2025](http://blueshieldca.com/medformulary2025).



beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

Si está en una residencia de reposo u otro establecimiento de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos* o si no puede obtener fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudarle. Si usted ha estado en el plan por más de 90 días, vive en un establecimiento de cuidados a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro del medicamento que necesita para 31 días (a menos que tenga una receta para menos días), sea o no miembro nuevo de Blue Shield TotalDual Plan.
- Esto además del suministro temporal durante los primeros 90 días de membresía en Blue Shield TotalDual Plan.

#### Política de transición

En circunstancias en las que un beneficiario cambia de un entorno de tratamiento a otro, Blue Shield TotalDual Plan garantizará un proceso rápido para aprobar medicamentos de la Parte D que no están en el formulario. Este proceso también se aplicará a los medicamentos de la Parte D del formulario que requieren autorización previa o tratamiento escalonado. Los ejemplos de los cambios en el nivel de atención pueden ser los beneficiarios que reciben el alta de un hospital para ir a su casa, los beneficiarios que finalizan una estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare y necesitan regresar a su formulario de la Parte D, los beneficiarios que finalizan una estadía en una institución de cuidados a largo plazo y regresan a la comunidad y los beneficiarios que reciben el alta de hospitales psiquiátricos con regímenes de medicamentos altamente individualizados.

#### **B10. ¿Puedo pedir una excepción para que mi medicamento tenga cobertura?**

Sí. Puede solicitar a Blue Shield TotalDual Plan que haga una excepción para cubrir un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos*.

También puede pedirnos que cambiemos las normas con respecto a su medicamento.

- Por ejemplo, Blue Shield TotalDual Plan puede limitar la cantidad cubierta para un medicamento. Si su medicamento tiene un límite, puede pedirnos que cambiemos el límite y cubramos una cantidad mayor.
- Otros ejemplos: Puede solicitarnos que eliminemos las restricciones de tratamiento escalonado o los requisitos de autorización previa.

#### **B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?**

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).



Para pedir una excepción, llame a Servicio al Cliente. Servicio al Cliente trabajará con usted y su médico para ayudarle a solicitar una excepción. También puede leer el **Capítulo 9** sección G2 de la *Guía para los Miembros* para obtener más información sobre las excepciones.

### **B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?**

Después de que recibamos una declaración del profesional autorizado para recetarle medicamentos que respalde su solicitud de excepción, le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas. Dicho profesional puede enviar esta declaración por vía electrónica (por Internet o fax) o por correo. También puede llamar al Departamento de Farmacia de Blue Shield y darnos la declaración verbalmente y luego enviarnos una declaración por escrito, de ser necesario.

Si usted o el profesional autorizado para recetar medicamentos considera que su salud podría dañarse si usted tuviera que esperar 72 horas para una decisión, usted puede solicitar una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si el profesional autorizado para recetar medicamentos respalda su solicitud, le comunicaremos una decisión dentro de las 24 horas de haber recibido la declaración de respaldo de dicho profesional.

### **B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?**

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Normalmente cuestan menos que el medicamento de marca y en general funcionan igual. Por lo general, no tienen nombres muy conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente pueden sustituir medicamentos de marca en la farmacia sin necesitar una receta nueva, dependiendo de las leyes estatales.

Blue Shield TotalDual Plan cubre tanto medicamentos de marca como genéricos.

### **B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y de qué manera se relacionan con los biosimilares?**

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. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, cuentan con alternativas que se denominan biosimilares. En general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y posiblemente cuesten menos. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesitar una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir los medicamentos de marca.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).



Consulte más información sobre tipos de medicamentos en el **Capítulo 5** de la *Guía para los Miembros*.

### **B15. ¿Blue Shield TotalDual Plan cubre suministros a largo plazo de medicamentos recetados?**

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el proveedor de entrega a domicilio de la red del plan. En general, los medicamentos obtenidos mediante la opción de entrega a domicilio son medicamentos que toma de manera regular, para una condición médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del proveedor de entrega a domicilio del plan están marcados con el símbolo **NDS** en nuestra *Lista de medicamentos*.

- **Servicios de entrega a domicilio.** Ofrecemos un servicio de entrega a domicilio que le permite obtener **un suministro para hasta 100 días de medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos, Nivel 2: medicamentos genéricos, Nivel 3: medicamentos de marca comercial preferidos y de Nivel 4: medicamentos no preferidos.** Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro por medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos, Nivel 2: medicamentos genéricos, Nivel 3: medicamentos de marca comercial preferidos y de Nivel 4: medicamentos no preferidos.
- **Programas de farmacia minorista.** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer un suministro para **hasta 100 días de medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos, Nivel 2: medicamentos genéricos, Nivel 3: medicamentos de marca comercial preferidos y de Nivel 4: medicamentos no preferidos.** Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes para el Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos, Nivel 2: medicamentos genéricos, Nivel 3: medicamentos de marca comercial preferidos y de Nivel 4: medicamentos no preferidos.

### **B16. ¿Puedo recibir medicamentos recetados en mi casa desde mi farmacia local?**

Es posible que su farmacia local pueda enviarle sus medicamentos recetados a su casa. Puede llamar a su farmacia para averiguar si ofrecen entrega a domicilio.

### **B17. ¿Cuál es mi copago?**

Los miembros de Blue Shield TotalDual Plan no tienen copagos por medicamentos recetados si el miembro sigue las normas del plan.

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

- Los medicamentos del nivel 1 son los medicamentos genéricos preferidos.
- Los medicamentos del nivel 2 son los medicamentos genéricos.
- Los medicamentos del nivel 3 son medicamentos de marca preferidos.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información,** visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).



- Los medicamentos del nivel 4 son medicamentos no preferidos.
- Los medicamentos del nivel 5 son medicamentos de nivel especializado.

Nivel	Descripción	Copago	
		Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
Nivel 1	Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0
Nivel 2	Medicamentos genéricos	\$0	\$0
Nivel 3	Medicamentos de marca comercial preferidos	\$0	\$0
Nivel 4	Medicamentos no preferidos	\$0	\$0
Nivel 5	Medicamentos de nivel especializado	\$0	No disponible

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente a los números que figuran al pie de página de este documento.

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

En la *Lista de medicamentos cubiertos* puede encontrar información sobre los medicamentos cubiertos por Blue Shield TotalDual Plan. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la sección D. El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por Blue Shield TotalDual Plan.

Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta sin receta (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Consulte más información en la página web de Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)). También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Presente su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

#### Apelaciones conforme a la Parte D

- Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos la decisión que tomamos acerca de su cobertura y que la cambiemos si usted cree que hemos cometido un error.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite [blueshieldca.com/medformulary2025](http://blueshieldca.com/medformulary2025).



- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea no tiene cobertura o que ya no tiene más cobertura de Medicare o Medi-Cal.
- Si usted o el profesional autorizado para recetar medicamentos no están de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. Si alguna vez tiene alguna duda, puede llamar a Servicio al Cliente a los números que figuran al pie de página de este documento.
- También puede consultar el **Capítulo 9** de la *Guía para los Miembros* para informarse acerca de cómo apelar una decisión.
- Los medicamentos que no son un medicamento de la Parte D tienen normas diferentes para las apelaciones.

## C1. Lista de medicamentos por condición médica

Los medicamentos en esta sección se agrupan en categorías según el tipo de condiciones médicas para las que se usan. Por ejemplo, si usted tiene una condición del corazón, debería buscar en la categoría Fármacos cardiovasculares. Ahí es donde encontrará medicamentos para el tratamiento de condiciones cardíacas.

---

### LEYENDA

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

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).



SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
LA	Acceso limitado	Es posible que esta receta esté disponible solamente en ciertas farmacias. Para más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a nuestro Servicio al Cliente.
PA	Autorización previa	La cobertura de este medicamento recetado requiere la autorización previa de Blue Shield. Llame a Blue Shield para proporcionar la información necesaria para determinar la cobertura. Algunos medicamentos pueden requerir una determinación de cobertura de la Parte B o la Parte D, según las normas de cobertura de Medicare.
QL	Límite de cantidad	Este medicamento tiene un límite de dosis o cantidad que se puede recetar. Los límites de dosis diaria máxima están definidos por la FDA y se indican en el prospecto del medicamento. Otros límites de cantidad se imponen para promover dosificación consolidada cuando sea posible.
ST	Tratamiento escalonado	La cobertura para este medicamento recetado se brinda cuando ya se ha probado un tratamiento con otros medicamentos preferidos o de primera línea (tratamiento escalonado).
NDS	Suministro diario no extendido	El medicamento NO está disponible para un suministro de largo plazo.

La primera columna del cuadro indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos se indican en letra cursiva minúscula (por ejemplo, *simvastatin*), los medicamentos de marca se escriben con mayúscula (por ejemplo, ELIQUIS). La información en la columna "Acciones necesarias, restricciones o límites de uso" le indica si Blue Shield TotalDual tiene normas para cubrir su medicamento.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).



---

## D. Índice de medicamentos cubiertos

En esta sección puede encontrar un medicamento buscando su nombre alfabéticamente. Esto le indicará el número de página donde puede encontrar información adicional sobre la cobertura de su medicamento.

---

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información,** visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).



05/27/2025

## ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA</b>		
<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 (10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), 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>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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (concentrate) (100 mg/5ml solution, 20 mg/ml 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
<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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA</b>		
<i>buprenorphine (10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk, 5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk)</i>	NIVEL 4	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
<i>fentanyl (100 mcg/hr patch 72hr, 12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 75 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 (100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 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 (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS
<b>ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES</b>		
<i>butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>cataflam 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>celecoxib (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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 (400 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 3	
FLURBIPROFEN (100 MG TAB, 50 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 (15 mg tab, 7.5 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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANALGÉSICOS

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

## ANESTÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANSIOLÍTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ANSIOLÍTICOS, OTROS</b>		
<i>buspirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>meprobamate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<b>BENZODIACEPINAS</b>		
<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 (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 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)
<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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANSIOLÍTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 &amp; 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 (2-0.5 mg film, 4-1 mg film)</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (8-2 mg film, 8-2 mg sl tab)</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
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 OVER TIME)
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	NIVEL 2	

## ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	NIVEL 4	
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 10 mg/ml solution, 2 gm/50ml 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 (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>clindamycin phosphate (300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 9 gm/60ml 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	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	NIVEL 4	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 5	
<i>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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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 (100 mg cap, 50 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, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 125 mg cap, 2 gm recon soln, 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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XIFAXAN 550 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
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, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 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, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
CEFPODOXIME PROXETIL (100 MG TAB, 100 MG/5ML RECON SUSP, 200 MG TAB, 50 MG/5ML RECON SUSP)	NIVEL 4	
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
CEFTAZIDIME (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 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	
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, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln, 3 (2-1) 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 (1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR, 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR)	NIVEL 4	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>nafcillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>penicillin g potassium (20000000 unit recon soln, 5000000 unit 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 (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>piperacillin sod-tazobactam so (13.5 (12-1.5) gm recon ln, 2.25 (2-0.25) gm recon ln, 3-0.375 gm recon ln, 3.375 (3-0.375) gm recon ln, 4-0.5 gm recon ln, 4.5 (4-0.5) gm recon ln, 40.5 (36-4.5) gm recon ln)</i>	NIVEL 4	
<b>CARBAPENÉMICOS</b>		
<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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	NIVEL 4	
<i>ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%) recon susp, 500 mg/5ml (10%) recon susp)</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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 (100 mg cap, 100 mg tab, 20 mg tab, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>minocycline hcl (100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>mondoxyne nl 100 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>morgidox 100 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 4	

## ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTICONVULSIVOS, OTROS		
BRIVIACT (10 MG TAB, 100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB)	NIVEL 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 (250 mg tab er 24h, 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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FYCOMPA (10 MG TAB, 12 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 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 (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg chew tab, 25 mg tab, 5 mg chew tab)</i>	NIVEL 2	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 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>roweepra 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
<i>subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>topiramate (100 mg tab, 15 mg cap sprink, 200 mg tab, 25 mg cap sprink, 25 mg tab, 50 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 (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (100 mg cap er 12h, 100 mg tab er 12h, 200 mg cap er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg cap er 12h, 400 mg tab er 12h)</i>	NIVEL 3	
<i>epitol 200 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 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 (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension, 50 mg chew tab)</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	NIVEL 4	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	NIVEL 5	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	NIVEL 4	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
XCOPRI (14 X 150 MG & 14 X200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X100 MG TAB THPK)	NIVEL 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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 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 (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
GAMMA-AMINO BUTYRIC 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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gabapentin 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 (10 MG FILM, 12.5 MG FILM, 15 MG FILM, 5 MG FILM, 7.5 MG FILM)	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>phenobarbital (100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 30 mg/7.5ml elixir, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/15ml elixir, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM, 5 MG FILM)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 4	
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>vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i>	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (750 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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA)		
<i>memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution, 28 x 5 mg &amp; 21 x 10 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>memantine hcl er (14 mg cap er 24h, 21 mg cap er 24h, 28 mg cap er 24h, 7 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 4	
ANTIDEMENCIALES, OTROS		
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	NIVEL 3	
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
<i>donepezil hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>donepezil hcl 23 mg tab</i>	NIVEL 4	ST
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i>	NIVEL 2	
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i>	NIVEL 2	
<i>galantamine hydrobromide (12 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIDEMENCIALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GALANTAMINE HYDROBROMIDE 4 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
<i>galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>rivastigmine (13.3 mg/24hr patch 24hr, 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIDEPRESIVOS, OTROS		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	NIVEL 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 (10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB, 5-10 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 1	
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
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA		
EMSAM (12 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 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, 20 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 3	
<i>desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 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 (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>escitalopram oxalate (10 mg/10ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	
FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	NIVEL 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 (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	
<i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>paroxetine hcl er (12.5 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 37.5 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	NIVEL 3	
<i>trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>trazodone hcl 300 mg tab</i>	NIVEL 3	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>venlafaxine hcl er (150 mg cap er 24h, 37.5 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>amoxapine (100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 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, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>doxepin hcl (10 mg cap, 10 mg/ml conc, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 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 (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>trimipramine maleate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

## ANTIEMÉTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIEMÉTICOS, OTROS		
<i>compro 25 mg suppos</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIEMÉTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metoclopramide hcl (10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>metoclopramide hcl 5 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>	NIVEL 4	
<i>prochlorperazine maleate (10 mg tab, 5 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	
<b>COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGENICA</b>		
<i>aprepitant (125 mg cap, 80 &amp; 125 mg cap, 80 &amp; 125 mg misc, 80 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 (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIEMÉTICOS

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 2	

## ANTIFÚNGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIFÚNGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 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 (100 mg recon soln, 50 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 (200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA
<i>voriconazole 200 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIGOTOSOS

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA (5-HT)		
<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE 6 MG/0.5ML SOLN PRSYR	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 OVER TIME)
<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 OVER TIME)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIJAQUECOSOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (140 MG/ML SOLN A-INJ, 70 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 (100 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (16 PER 30 DAYS)

## ANTIMIASTÉNICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS		
<i>dapsone (100 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIMICOBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTITUBERCULOSOS		
<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab, 50 mg/5ml syrup)</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 (100 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 5	PA
TRECTOR 250 MG TAB	NIVEL 4	

## ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (100 mg recon soln, 15 mg recon soln)</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIANDRÓGENOS		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTINEOPLÁSTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abirtega 250 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (4 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
EULEXIN 125 MG CAP	NIVEL 3	
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
<b>ANTIANGIOGÉNICOS</b>		
<i>lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTINEOPLÁSTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REVLIMID (10 MG CAP, 15 MG CAP, 2.5 MG CAP, 20 MG CAP, 25 MG CAP, 5 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (100 MG CAP, 50 MG CAP)	NIVEL 5	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
ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES		
<i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	NIVEL 4	
ANTIMETABOLITOS		
<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
TABLOID 40 MG TAB	NIVEL 3	
ANTINEOPLÁSTICOS, OTROS		
AKEEGA (100-500 MG TAB, 50-500 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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTINEOPLÁSTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
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
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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTINEOPLÁSTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (180 MG TAB, 90 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 (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTINEOPLÁSTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	NIVEL 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTINEOPLÁSTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
<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 (10 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (2 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
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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG CAP	NIVEL 5	QL (126 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG TAB SOL	NIVEL 5	QL (168 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 2 MG CAP	NIVEL 5	QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 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 (100 MG TAB, 50 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 (280 MG TAB, 420 MG TAB, 70 MG CAP)	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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTINEOPLÁSTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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 (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB, 5 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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTINEOPLÁSTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTINEOPLÁSTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTINEOPLÁSTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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 (13.5 MG TAB, 4.5 MG TAB, 9 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 (120 MG TAB, 160 MG TAB, 80 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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
REVUFORJ 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (8 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
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (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
SCEMBLIX 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	NIVEL 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	NIVEL 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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 (150 MG CAP, 200 MG CAP, 50 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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TUKYSA (150 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 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
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 (200 MG TAB, 50 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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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, 200 MG CAP, 250 MG CAP, 50 MG CAP SPRINK)	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) 10 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (16 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
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIPARASITARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIPROTOZOICOS		
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 4	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (250-100 mg tab, 62.5-25 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)
<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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIPARKINSONIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>AGONISTAS DE LA DOPAMINA</b>		
<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 (2 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h, 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)
<b>ANTICOLINÉRGICOS</b>		
<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	
<b>ANTIPARKINSONIANOS, OTROS</b>		
<i>amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 50 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (8 PER 1 DAYS)
<b>INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)</b>		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIPARKINSONIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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 (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)</i>	NIVEL 2	

## ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP, 50-20 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, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab, 25 mg tab, 25 mg/ml solution, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 50 mg/2ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
FLUPHENAZINE HCL (1 MG TAB, 10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 2.5 MG/5ML ELIXIR, 2.5 MG/ML SOLUTION, 5 MG TAB, 5 MG/ML CONC)	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	
<i>haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	
<i>loxapine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	NIVEL 4	QL (8 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (9 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
PIMOZIDE (1 MG TAB, 2 MG TAB)	NIVEL 3	
<i>thioridazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
RESISTENTES AL TRATAMIENTO		
<i>clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, 25 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<i>clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 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 ASIMTUFII (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 disp, 15 mg tab disp, 5 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 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 (1064 MG/3.9ML PRSYR, 441 MG/1.6ML PRSYR, 662 MG/2.4ML PRSYR, 882 MG/3.2ML 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 (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 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 (10 MG TAB, 12 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.75 PER 28 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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INVEGA 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 (120 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 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 (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<i>olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
OPIPZA (10 MG FILM, 5 MG FILM)	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OPIPZA 2 MG FILM	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PERSERIS (120 MG PRSYR, 90 MG PRSYR)	NIVEL 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>quetiapine fumarate er (150 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 400 mg tab er 24h, 50 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 (12.5 mg srer, 25 mg srer)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)</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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

## ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)		
LIVTENCITY 200 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS (120 MG PACKET, 20 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)
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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)
ANTIHEPATÍTICOS 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)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	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, 800 mg/20ml suspension)</i>	NIVEL 4	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREZISTA 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)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	NIVEL 5	QL (9 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NO NUCLEOSÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NNRTI)		
COMPLERA 200-25-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT 25 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	NIVEL 5	QL (6 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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
<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, 300 mg/30ml 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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 300 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 168 OVER TIME)
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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID 6 X 150 MG & 5 X 100MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (11 PER 30 OVER TIME)

## BIPOLARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (300 mg tab er, 450 mg tab er)</i>	NIVEL 2	

## BUCODENTALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BUCODENTALES		
<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	NIVEL 4	
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## BUCODENTALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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	
<i>methyldopa (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II</b>		
<i>candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>losartan potassium (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>valsartan (160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<b>ANTIARRÍTMICOS</b>		
<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 (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<b>MULTAQ 400 MG TAB</b>	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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sorine (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sotalol hcl (af) (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<b>BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA</b>		
<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, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 1	
<b>BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA</b>		
<i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>atenolol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>bisoprolol fumarate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>carvedilol phosphate er (10 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 40 mg cap er 24h, 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 (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 1	
<i>metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>pindolol (10 mg tab, 5 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 (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 4	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS		
<i>amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 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 (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>nifedipine er osmotic release (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 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 (120 mg cap er 12h, 120 mg cap er 24h, 120 mg tab er 24h, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er 24h, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h, 60 mg cap er 12h, 90 mg cap er 12h)</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	
<i>tiadyt er (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, 420 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
VERAPAMIL HCL ER (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 360 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>verapamil hcl er (120 mg cap er 24h, 120 mg tab er, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er, 240 mg cap er 24h, 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 (10-20 mg cap, 10-40 mg cap, 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap)</i>	NIVEL 1	
<i>amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>amlodipine-atorvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab, 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)</i>	NIVEL 3	
<i>amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>amlodipine-valsartan-hctz (10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab, 5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>atenolol-chlorthalidone (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
CAPTOPRIL- HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	NIVEL 1	
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
ENTRESTO (15-16 MG CAP SPRINK, 6-6 MG CAP SPRINK)	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
ENTRESTO (24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 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 (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
METHYLDOPA- HYDROCHLOROTHIAZIDE (250-15 MG TAB, 250-25 MG TAB)	NIVEL 3	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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 (1000 mg tab er 12h, 500 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	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (1-240 MG TAB ER, 2-180 MG TAB ER, 2-240 MG TAB ER, 4-240 MG TAB ER)	NIVEL 1	
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab, 80-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
VERQUVO (10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO		
<i>fenofibrate (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>fenofibrate micronized (130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap, 43 mg cap, 67 mg cap)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fenofibric acid (135 mg cap dr, 45 mg cap dr)</i>	NIVEL 3	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	NIVEL 2	
DISLIPIDÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HIDROXIMETILGLUTARIL-COENZIMA A (HMG-COA) REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 1	
<i>fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	
<i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>rosuvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>simvastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
DISLIPIDÉMICOS, OTROS		
<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	NIVEL 3	
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	NIVEL 3	
<i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)</i>	NIVEL 3	
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	NIVEL 2	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>icosapent ethyl 0.5 gm cap</i>	NIVEL 4	QL (8 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>icosapent ethyl 1 gm cap</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	NIVEL 4	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 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 (100 mg tab, 25 mg tab, 50 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 (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>DIURÉTICOS, TIAZIDAS</b>		
<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<b>INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)</b>		
<i>benazepril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>captopril (100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>enalapril maleate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>lisinopril (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>moexipril hcl (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>quinapril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>ramipril (1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 1	
<i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<b>SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)</b>		
FARXIGA (10 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA		
<i>hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
<i>isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>isosorbide mononitrate er (120 mg tab er 24h, 30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>minitran (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	NIVEL 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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
<i>accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>	NIVEL 4	
<i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 1-5 % 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	
<b>ANTIINFECIOSOS TÓPICOS</b>		
<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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin phos (once-daily) 1 % gel</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)</i>	NIVEL 2	
ERY 2 % PAD	NIVEL 3	
<i>erythromycin 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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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	
<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) (1 % cream, 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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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)
<i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>	NIVEL 2	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	NIVEL 5	
<i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i>	NIVEL 4	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>podofilox 0.5 % solution</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## DERMATOLÓGICOS

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (10 GM PACKET, 5 GM PACKET)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	NIVEL 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION)	NIVEL 2	
SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES		
<i>dextrose (10 % solution, 5 % 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 (10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution, 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)</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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

**ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>potassium chloride (10 % solution, 10 meq/100ml solution, 2 meq/ml 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 crystals (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)</i>	NIVEL 2	
<i>potassium chloride er (10 meq cap er, 10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er, 8 meq cap er, 8 meq 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 (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)</i>	NIVEL 3	
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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AMINOSALICILATOS		
<i>balsalazide disodium 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 (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>	NIVEL 3	

## ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
<i>alendronate sodium (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	
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	NIVEL 2	QL (3.7 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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 (150 mg tab, 35 mg tab, 5 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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## GASTROINTESTINALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)		
<i>cimetidine (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>alose tron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA
<i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i>	NIVEL 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)
ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES		
<i>atropine sulfate (0.5 mg/5ml soln pr syr, 1 mg/10ml soln pr syr)</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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## GASTROINTESTINALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lubiprostone (24 mcg cap, 8 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	
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	NIVEL 4	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## GASTROINTESTINALES

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## GENITOURINARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>solifenacin succinate (10 mg tab, 5 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 (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 4	ST
<i>tropium chloride 20 mg tab</i>	NIVEL 2	
GENITOURINARIOS, OTROS		
<i>bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTICOAGULANTES		
<i>dabigatran etexilate mesylate (150 mg cap, 75 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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsy, 150 mg/ml soln prsy, 300 mg/3ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsy, 80 mg/0.8ml soln prsy)</i>	NIVEL 4	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsy</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsy</i>	NIVEL 4	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsy</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)
<i>heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 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, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>warfarin sodium (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/ML SOLUTION)	NIVEL 4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA
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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	NIVEL 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 (100 mg tab, 50 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 (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)

## HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

**HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	NIVEL 4	
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	NIVEL 4	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	NIVEL 5	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>octreotide acetate (100 mcg/ml soln prsy, 100 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 50 mcg/ml soln prsy, 50 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution)</i>	NIVEL 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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 (11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP, 3.75 MG RECON SUSP)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
<i>desmopressin 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)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANDRÓGENOS		
<i>danazol (100 mg cap, 200 mg cap, 50 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)
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 &amp; 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<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 &amp; 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 &amp; 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>camrese lo 0.1-0.02 &amp; 0.01 mg tab</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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	
<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 &amp; 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<b>DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL</b>	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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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 mg-mcg tab, 1-50 mg-mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	NIVEL 3	
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg 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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>jaimiess 0.15-0.03 &amp; 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	
<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 &amp; 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)</i>	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 &amp; 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 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg 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 &amp; 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>lutera 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	
<b>MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)</b>	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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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-linyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	NIVEL 3	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg 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 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg 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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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	
<i>simpesse 0.15-0.03 &amp; 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-lynyah 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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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>xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	NIVEL 3	
<i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	NIVEL 3	
<i>yuvafem 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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS		
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 (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsy, 150 mg/ml suspension)</i>	NIVEL 3	
<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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

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

**HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
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 (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)</i>	NIVEL 4	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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 (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 6.7 (5 base) mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>prednisone (1 mg tab, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	NIVEL 3	

## HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
<i>euthyrox (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>levo-t (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>levothyroxine sodium (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)

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

## HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

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

## INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	NIVEL 5	PA, LA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML 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 (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, LA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (10 & 20 & 30 MG TAB THPK, 4 X 10 & 51 X20 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
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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (10 MG TAB, 5 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 (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg/ml solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)</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)
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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)</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 PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 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, 250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution, 50 mg/2ml 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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (2 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)
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 (10 MG TAB, 15 MG TAB, 5 MG TAB, 7.5 MG TAB)	NIVEL 4	
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VACUNAS		
ABRYSVO 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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	VAC
HAVRIX (720 EL U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 EL U/0.5ML SUSPENSION)	NIVEL 3	
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	NIVEL 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	NIVEL 3	
IPOL INJECTABLE	NIVEL 3	VAC
IXCHIQ RECON SOLN	NIVEL 4	
IXIARO SUSPENSION	NIVEL 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
KINRIX (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	
M-M-R II RECON SOLN	NIVEL 3	VAC
MENACTRA SOLUTION	NIVEL 3	VAC
MENQUADFI SOLUTION	NIVEL 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	NIVEL 3	VAC

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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	
RBAVERT RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
RECOMBIVAX HB (10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION, 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION)	NIVEL 3	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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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	
VIVOTIF CAP DR	NIVEL 4	
YF-VAX INJECTABLE	NIVEL 4	VAC

## MIORRELAJANTES

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

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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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	
<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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## OFTÁLMICOS

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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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 (2-0.5 % solution, 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 (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	NIVEL 2	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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	
XDEMIVY 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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 1	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 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 (100-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUVIA (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
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 (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 1	
<i>miglitol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MOUNJARO (10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide (120 mg tab, 60 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 (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 1	
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN 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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XIGDUO XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XIGDUO XR (10-500 MG TAB ER 24H, 5-500 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
GLUCÉMICOS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	NIVEL 5	
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	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (40 PER 30 DAYS)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (45 PER 30 DAYS)
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (27 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

**SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA</b>		
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 &amp; 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 prsy</i>	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsy</i>	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsy</i>	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsy</i>	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<b>FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA</b>		
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 (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

**SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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)
VEOZAH 45 MG TAB	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS ANFETAMÍNICOS CONTRA EL		
<i>amphetamine-dextroamphet er (10 mg cap er 24h, 15 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 25 mg cap er 24h, 30 mg cap er 24h, 5 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 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 (10 mg tab, 5 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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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)
<i>atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 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 (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>guanfacine hcl er (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
------------------------	--	---

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
--	---------	--

## TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
AQINJECT PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM 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 (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	NIVEL 3	
AUM PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC)	NIVEL 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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BD Pen Needle 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 (X 15/64" 0.3 ML MISC, X 15/64" 0.5 ML MISC, X 15/64" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (30G X 8 MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	NIVEL 3	
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	NIVEL 2	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2" PAD	NIVEL 2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 1/4" 0.3 ML MISC, 31G X 1/4" 0.5 ML MISC, 31G X 1/4" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	NIVEL 3	
DROPLET PEN NEEDLES (29G X 10MM MISC, 29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (29G X 5/16" 0.5 ML MISC, 29G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 1/2" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC)	NIVEL 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (29G X 4MM MISC, 29G X 5MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 (27G X 5/8" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EMBECTA PEN NEEDLE U/F (29G X 12.7MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	NIVEL 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (29G X 12MM MISC, 30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
<i>gauze pads 2</i>	NIVEL 2	
GNP PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM 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 X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 1/2" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
INSUPEN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM 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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>novofine 32g x 6 mm misc</i>	NIVEL 3	
<i>novotwist 32g x 5 mm misc</i>	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 (30G X 5 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
PENBRAYA RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC, 33G X 8 MM MISC)	NIVEL 3	
<i>ringers irrigation solution</i>	NIVEL 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (X1/2" 0.5 ML MISC, X1/2" 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 (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
<i>tis-u-sol solution</i>	NIVEL 2	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	NIVEL 3	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC)	NIVEL 3	
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	NIVEL 3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VOWST CAP	NIVEL 5	PA, LA, QL (12 PER 30 DAYS)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	NIVEL 2	

## TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>alyq 20 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ambisentan (10 mg tab, 5 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	
<i>ciproheptadine hcl 4 mg tab</i>	NIVEL 3	PA
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

**TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydroxyzine pamoate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	NIVEL 1	
<i>promethazine hcl (12.5 mg/10ml solution, 6.25 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	PA
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR		
ARNUITY ELLIPTA (100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA, 50 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 (180 MCG/ACT AER POW BA, 90 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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

**TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tiotropium bromide monohydrate 18 mcg cap</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<b>BRONCODILADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS</b>		
<i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	NIVEL 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)</i>	NIVEL 2	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate ((2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln)</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 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)
<b>EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)</b>	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
<b>LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL</b>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<b>SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA</b>	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<b>ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS</b>		
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

**TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA</b>		
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)
<b>FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA</b>		
KALYDECO (13.4 MG PACKET, 150 MG TAB, 25 MG PACKET, 5.8 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET)	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 (100-50-75 & 150 MG TAB THPK, 50-25-37.5 & 75 MG TAB THPK)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
<b>INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS</b>		
<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>theophylline er (100 mg tab er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg tab er 12h, 400 mg tab er 24h, 450 mg tab er 12h, 600 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 3	
<b>TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL</b>		
<i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL, 45-21 MCG/ACT AEROSOL)	NIVEL 3	QL (12 PER 30 DAYS)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

**TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA, 50-25 MCG/INH AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>breyza (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 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 (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 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 (113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA, 55-14 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 2	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium-albuterol (0.5-2.5 (3) mg/3ml solution, 2.5-0.5 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)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>betaine powder</i>	NIVEL 5	
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	NIVEL 5	PA, LA
CREON (12000-38000 UNIT CP DR PART, 24000-76000 UNIT CP DR PART, 3000-9500 UNIT CP DR PART, 36000-114000 UNIT CP DR PART, 6000-19000 UNIT CP DR PART)	NIVEL 3	
CYSTAGON (150 MG CAP, 50 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 (10 mg cap, 2 mg cap, 5 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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DORMIR, MEDICAMENTOS PARA		
<i>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)
<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 (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 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

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

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

## ÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

**En esta sección puede encontrar un medicamento buscando su nombre alfabéticamente. Esto le indicará el número de página donde puede encontrar información adicional sobre la cobertura de su medicamento.**

abacavir sulfate	59
abacavir sulfate-lamivudine	59
abacavir-lamivudine-zidovudine	59
ABELCET	27
ABILIFY ASIMTUFII	51
ABILIFY MAINTENA	51
abiraterone acetate	31,32
abirtega	32
ABRYSVO	108
acamprosate calcium	8
acarbose	115
accutane	73
acebutolol hcl	64
acetaminophen-codeine	1
acetazolamide	67
acetazolamide er	113
acetic acid	135
acetylcysteine	132
acitretin	74
ACTHIB	108
ACTIMMUNE	104
acyclovir	56,74
acyclovir sodium	56
ADACEL	108
adapalene	74
adefovir dipivoxil	56
ADEMPAS	129
ADVAIR HFA	132
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	123
afirmelle	92
AIMOVIG	30
ak-poly-bac	114
AKEEGA	33
ala-cort	75
albendazole	47
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	131

albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	131
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	131
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin)	131
albuterol sulfate	131
albuterol sulfate hfa	131
alclometasone dipropionate	75
ALCOHOL 70% PADS	123
ALCOHOL PREP	123
ALCOHOL PREP PADS	123
ALCOHOL SWABS	123
ALCOHOL SWABSTICK	123
alcohol wipes	77
ALDURAZYME	134
ALECENSA	35
alendronate sodium	81
ALENDRONATE SODIUM	81
alfuzosin hcl er	86
aliskiren fumarate	67
allopurinol	29
alosetron hcl	83
alprazolam	6
alprazolam er	6
alprazolam xr	6
altavera	92
ALUNBRIG	35
alyacen 1/35	92
alyacen 7/7/7	92
alyq	129
amantadine hcl	49
ambrisentan	129
amethia	92
amikacin sulfate	8
amiloride hcl	71
amiloride-hydrochlorothiazide	67
amiodarone hcl	63
amitriptyline hcl	25
amlodipine besy-benazepril hcl	67

amlodipine besylate.....	65	ashlyna.....	92
amlodipine besylate-valsartan.....	67	aspirin-dipyridamole er.....	89
amlodipine-atorvastatin.....	67	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES.....	123
amlodipine-olmesartan.....	67	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....	123
amlodipine-valsartan-hctz.....	67	atazanavir sulfate.....	57
ammonium lactate.....	75	atenolol.....	64
amnesteem.....	74	atenolol-chlorthalidone.....	67
amoxapine.....	25	atomoxetine hcl.....	122
amoxicillin.....	12	atorvastatin calcium.....	70
amoxicillin-pot clavulanate.....	12	atovaquone.....	48
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER.....	12	atovaquone-proguanil hcl.....	48
amphetamine-dextroamphet er.....	121	atropine sulfate.....	83,114
amphetamine-dextroamphetamine.....	121	ATROVENT HFA.....	130
AMPHOTERICIN B.....	27	aubra.....	92
ampicillin.....	12	aubra eq.....	92
ampicillin sodium.....	12	AUGTYRO.....	33
ampicillin-sulbactam sodium.....	13	AUM ALCOHOL PREP PADS.....	123
anagrelide hcl.....	88	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE.....	123
anastrozole.....	35	AUM PEN NEEDLE.....	123
ANORO ELLIPTA.....	133	aurovela 1.5/30.....	92
apomorphine hcl.....	49	aurovela 1/20.....	92
apraclonidine hcl.....	113	aurovela fe 1.5/30.....	92
aprepitant.....	26	aurovela fe 1/20.....	92
apri.....	92	AUVELITY.....	22
APTIOM.....	18	aviane.....	92
APTIVUS.....	57	avidoxy.....	15
AQ INSULIN SYRINGE.....	123	ayuna.....	92
AQINJECT PEN NEEDLE.....	123	AYVAKIT.....	35
aranelle.....	92	azathioprine.....	106
ARANESP (ALBUMIN FREE).....	88	AZATHIOPRINE SODIUM.....	106
ARCALYST.....	104	azelastine hcl.....	111,129
AREXVY.....	108	azithromycin.....	14
argyle sterile water.....	123	AZITHROMYCIN.....	14
ARIKAYCE.....	8	aztreonam.....	9
aripiprazole.....	51,52	azurette.....	92
ARISTADA.....	52		
ARISTADA INITIO.....	52	<b>B</b>	
armodafinil.....	135	bac (butalbital-acetamin-caff).....	121
ARNUITY ELLIPTA.....	130	bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	114
asenapine maleate.....	52	BACITRACIN.....	112

bacitracin-polymyxin b	114	bimatoprost	113
baclofen	27	BIOGUARD GAUZE SPONGES	124
balsalazide disodium	81	bisoprolol fumarate	64
BALVERSA	35	bisoprolol-hydrochlorothiazide	67
balziva	92	blisovi fe 1.5/30	92
BAQSIMI ONE PACK	118	blisovi fe 1/20	92
BAQSIMI TWO PACK	118	BOOSTRIX	109
BARACLUDE	56	bosentan	129
BCG VACCINE	108	BOSULIF	36
BD INSULIN SYRINGE	123	BRAFTOVI	36
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM		BREO ELLIPTA	133
MISC	123	breyna	133
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM		BREZTRI AEROSPHERE	133
MISC	123	briellyn	92
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM		BRILINTA	89
MISC	123	brimonidine tartrate	113,114
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM		brimonidine tartrate-timolol	114
MISC	124	brinzolamide	114
benazepril hcl	72	BRIVIACT	16
benazepril-hydrochlorothiazide	67	bromocriptine mesylate	49
BENLYSTA	104	BRUKINSA	36
BENZNIDAZOLE	48	budesonide	81,130
benzoyl peroxide-erythromycin	74	budesonide er	81
benztropine mesylate	49	budesonide-formoterol fumarate	133
BESIVANCE	14	bumetanide	71
BESREMI	104	buprenorphine	3
betaine	134	buprenorphine hcl	7
betamethasone dipropionate	75	buprenorphine hcl-naloxone hcl	7,8
betamethasone dipropionate aug	75	bupropion hcl	22
betamethasone valerate	75	bupropion hcl er (smoking det)	7
BETASERON	120	bupropion hcl er (sr)	22
betaxolol hcl	64,113	bupropion hcl er (xl)	22
bethanechol chloride	86	buspironone hcl	6
bexarotene	47	butalbital-apap-caffeine	121
BEXSERO	108	butalbital-aspirin-caffeine	3
bicalutamide	32	butorphanol tartrate	1
BICILLIN C-R	13		
BICILLIN C-R 900/300	13	<b>C</b>	
BICILLIN L-A	13	CABENUVA	60
BIKTARVY	56	cabergoline	89

CABOMETYX.....	36	cefoxitin sodium.....	11
calcipotriene.....	77	CEFPODOXIME PROXETIL.....	11
calcitonin (salmon).....	81	cefprozil.....	11
calcitrene.....	77	CEFTAZIDIME.....	11
CALCITRIOL.....	77,82	ceftriaxone sodium.....	12
calcitriol.....	82	cefuroxime axetil.....	12
CALQUENCE.....	36	cefuroxime sodium.....	12
camila.....	100	celecoxib.....	3
camrese.....	92	cephalexin.....	12
camrese lo.....	92	cetirizine hcl.....	129
candesartan cilexetil.....	63	cevimeline hcl.....	61
candesartan cilexetil-hctz.....	68	chateal.....	93
CAPLYTA.....	52	chateal eq.....	93
CAPRELSA.....	36	CHEMET.....	78
captopril.....	72	chlorhexidine gluconate.....	61
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	68	chloroquine phosphate.....	48
carbamazepine.....	18	chlorpromazine hcl.....	50
carbamazepine er.....	18	chlorthalidone.....	72
carbidopa.....	50	cholestyramine.....	70
carbidopa-levodopa.....	50	cholestyramine light.....	70
carbidopa-levodopa er.....	50	ciclodan.....	74
carbidopa-levodopa-entacapone.....	49	ciclopirox.....	74
CARETOUCH ALCOHOL PREP.....	124	ciclopirox olamine.....	74
carglumic acid.....	134	cilostazol.....	89
carisoprodol.....	111	CILOXAN.....	14
CARTEOLOL HCL.....	113	CIMDUO.....	59
cartia xt.....	65	cimetidine.....	83
carvedilol.....	64	cinacalcet hcl.....	82
carvedilol phosphate er.....	64	CIPRO HC.....	136
caspofungin acetate.....	27	ciprofloxacin.....	14
cataflam.....	3	ciprofloxacin hcl.....	15,136
CAYSTON.....	9	ciprofloxacin in d5w.....	15
caziant.....	93	ciprofloxacin-dexamethasone.....	136
CEFACLOR.....	11	citalopram hydrobromide.....	23
cefadroxil.....	11	claravis.....	74
cefazolin sodium.....	11	CLARITHROMYCIN.....	14
cefdinir.....	11	clarithromycin.....	14
CEFEPIME HCL.....	11	clarithromycin er.....	14
cefixime.....	11	clindamycin hcl.....	9
cefotetan disodium.....	11	clindamycin palmitate hcl.....	9

clindamycin phos (once-daily)	75	CORLANOR	68
clindamycin phos (twice-daily)	75	CORTIFOAM	81
clindamycin phos-benzoyl perox	74	CORTISONE ACETATE	101
clindamycin phosphate	9,75	CORTISPORIN-TC	136
clindamycin phosphate in d5w	9	CORTROPHIN	101
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL	9	COSENTYX	104
clobazam	19	COSENTYX (300 MG DOSE)	104
clobetasol prop emollient base	75	COSENTYX SENSOREADY (300 MG)	105
clobetasol propionate	75	COSENTYX SENSOREADY PEN	105
clobetasol propionate e	75	COSENTYX UNOREADY	105
clomipramine hcl	25	COTELLIC	37
clonazepam	6	CREON	134
clonidine	62	cromolyn sodium	84,111,131
clonidine hcl	62	cryselle-28	93
clopidogrel bisulfate	89	CVS ALCOHOL PREP PADS	124
clorazepate dipotassium	6	CVS ANTIBACTERIAL GAUZE	124
clotrimazole	28	cvs isopropyl alcohol wipes	77
clotrimazole-betamethasone	77	cyclafem 1/35	93
clovique	78	cyclafem 7/7/7	93
clozapine	51	cyclobenzaprine hcl	111
COARTEM	48	CYCLOPHOSPHAMIDE	31
COBENFY	50	cyclosporine	106
COBENFY STARTER PACK	50	cyclosporine modified	106
CODEINE SULFATE	1	cyproheptadine hcl	129
codeine sulfate	1	cyred	93
colchicine	29	cyred eq	93
colchicine-probenecid	29	CYSTAGON	134
colesevelam hcl	70	CYSTARAN	134
colestipol hcl	70		
colistimethate sodium (cba)	9	<b>D</b>	
COMBIVENT RESPIMAT	133	dabigatran etexilate mesylate	86
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	36	dalfampridine er	120
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	36	danazol	91
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	36	dantrolene sodium	27
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	124	dapsone	30
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	124	DAPTACEL	109
COMPLERA	58	daptomycin	9
compro	25	darunavir	57
constulose	83	dasatinib	37
COPIKTRA	36	dasetta 1/35	93

dasetta 7/7/7.....	93	diclofenac sodium.....	4,112
DAURISMO.....	37	diclofenac sodium er.....	4
daysee.....	93	dicloxacillin sodium.....	13
deblitane.....	100	dicyclomine hcl.....	83
decadron.....	101	DIFICID.....	14
deferasirox.....	78	diflunisal.....	4
DELSTRIGO.....	58	difluprednate.....	112
delyla.....	93	digitek.....	63
DENGVAXIA.....	109	digox.....	63
DEPO-ESTRADIOL.....	93	digoxin.....	63
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	100	dihydroergotamine mesylate.....	30
depo-testosterone.....	91	dilt-xr.....	65
DERMOTIC.....	136	diltiazem hcl.....	66
DESCOVY.....	59	diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule.....	66
desipramine hcl.....	25	diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule.....	66
desmopressin ace spray refrig.....	91	diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule.....	66
desmopressin acetate.....	91	diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule.....	66
desmopressin acetate pf.....	91	diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule.....	66
desmopressin acetate spray.....	91	diltiazem hcl er.....	66
desogestrel-ethinyl estradiol.....	93	diltiazem hcl er beads.....	66
desonide.....	75	dimethyl fumarate.....	120
desoximetasone.....	76	dimethyl fumarate starter pack.....	120
desvenlafaxine succinate er.....	23	DIPENTUM.....	81
dexamethasone.....	101	diphenoxylate-atropine.....	83
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID.....	101	DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	83
dexamethasone sod phosphate pf.....	101	DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	109
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	101,112	dipyridamole.....	89
dexmethylphenidate hcl.....	122	disulfiram.....	8
dextroamphetamine sulfate.....	121	divalproex sodium.....	16
dextrose.....	79	divalproex sodium er.....	16
dextrose in lactated ringers.....	79	dofetilide.....	63
DEXTROSE-NACL.....	79	donepezil hcl.....	21
dextrose-sodium chloride.....	79	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg.....	21
DIACOMIT.....	16		
diazepam.....	6,7,19		
DIAZEPAM.....	19		
diazepam intensol.....	7		
diazoxide.....	118		
diclofenac potassium.....	3		

donepezil hydrochloride orally		elinest.....	93
disintegrating tab 5 mg.....	21	ELIQUIS.....	86
dorzolamide hcl.....	114	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	87
dorzolamide hcl-timolol mal.....	114	eluryng.....	93
dorzolamide hcl-timolol mal pf.....	114	EMBECTA AUTOSHIELD DUO.....	125
dotti.....	93	EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT.....	125
DOVATO.....	56	EMBECTA INSULIN SYRINGE.....	125
doxazosin mesylate.....	64	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100.....	125
doxepin hcl.....	25	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500.....	125
doxercalciferol.....	82	EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F.....	125
doxy 100.....	15	EMBECTA PEN NEEDLE NANO.....	125
doxycycline hyclate.....	15	EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN.....	125
doxycycline monohydrate.....	15	EMBECTA PEN NEEDLE U/F.....	126
DRIZALMA SPRINKLE.....	120	EMBRACE PEN NEEDLES.....	126
dronabinol.....	26	emoquette.....	93
DROPLET INSULIN SYRINGE.....	124	EMSAM.....	23
DROPLET MICRON.....	124	emtricitabine.....	59
DROPLET PEN NEEDLES.....	124	emtricitabine-tenofovir df.....	59
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE.....	125	EMTRIVA.....	59
drosiprenone-ethinyl estradiol.....	93	emzahh.....	100
DROXIA.....	134	enalapril maleate.....	72
droxidopa.....	62	enalapril-hydrochlorothiazide.....	68
duloxetine hcl.....	120	ENBREL.....	106
DUPIXENT.....	105	ENBREL MINI.....	106
dutasteride.....	86	ENBREL SURECLICK.....	106
dutasteride-tamsulosin hcl.....	86	endocet.....	1
<b>E</b>		ENGERIX-B.....	109
e.e.s. 400.....	14	enilloring.....	93
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	125	enoxaparin sodium.....	87
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	125	enpresse-28.....	93
ec-naproxen.....	4	enskyce.....	93
econazole nitrate.....	28	entacapone.....	49
EDURANT.....	58	entecavir.....	56
EDURANT PED.....	58	ENTRESTO.....	68
EFAVIRENZ.....	58	enulose.....	83
efavirenz.....	58	ENVARUSUS XR.....	107
efavirenz-emtricitab-tenofo df.....	58	EPIDIOLEX.....	16
efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	58	epinephrine.....	131
ELAPRASE.....	134	EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK).....	131

epitol	18
EPIVIR HBV	56
eplerenone	71
EPRONTIA	16
ERGOLOID MESYLATES	21
ERIVEDGE	37
ERLEADA	32
erlotinib hcl	37
errin	100
ertapenem sodium	13
ERY	75
erythrocin lactobionate	14
erythromycin	75,112
erythromycin base	14
erythromycin ethylsuccinate	14
erythromycin lactobionate	14
escitalopram oxalate	23
eslicarbazepine acetate	18
esomeprazole magnesium	84,85
estarylla	94
estradiol	94
estradiol valerate	94
ESTRING	94
eszopiclone	135
ethambutol hcl	31
ethosuximide	21
ethynodiol diac-eth estradiol	94
etodolac	4
etodolac er	4
etonogestrel-ethinyl estradiol	94
etravirine	58
EULEXIN	32
euthyrox	102
everolimus	37,107
EVOTAZ	57
exemestane	35
ezetimibe	70
ezetimibe-simvastatin	70

## F

falmina	94
famciclovir	56
famotidine	83
FANAPT	52
FANAPT TITRATION PACK	52
FARXIGA	72
febuxostat	29
feirza 1.5/30	94
feirza 1/20	94
felbamate	16
felodipine er	65
femynor	94
fenofibrate	69
fenofibrate micronized	69
fenofibric acid	70
fentanyl	3
FETZIMA	23
FETZIMA TITRATION	24
finasteride	86
fingolimod hcl	120
FINTEPLA	16
FIRMAGON	90
FIRMAGON (240 MG DOSE)	89
flavoxate hcl	85
flecainide acetate	63
fluconazole	28
fluconazole in sodium chloride	28
flucytosine	28
fludrocortisone acetate	101
flunisolide	133
fluocinolone acetonide	76
fluocinolone acetonide body	76
fluocinolone acetonide scalp	76
fluocinonide	76
fluocinonide emulsified base	76
fluorometholone	112
fluorouracil	77
fluoxetine hcl	24

FLUOXETINE HCL.....	24
fluphenazine decanoate.....	50
FLUPHENAZINE HCL.....	50
FLURBIPROFEN.....	4
FLURBIPROFEN SODIUM.....	112
FLUTAMIDE.....	32
fluticasone propionate.....	76,133
fluticasone-salmeterol.....	133
FLUTICASONE-SALMETEROL.....	133
fluvastatin sodium.....	70
fluvastatin sodium er.....	70
fluvoxamine maleate.....	24
FML.....	112
FML FORTE.....	112
fondaparinux sodium.....	87
fosamprenavir calcium.....	57
fosinopril sodium.....	72
fosinopril sodium-hctz.....	68
FOTIVDA.....	37
FRUZAQLA.....	33
fulvestrant.....	33
furosemide.....	71
FUROSEMIDE.....	71
FUZEON.....	60
fyavolv.....	94
FYCOMPA.....	17

## G

gabapentin.....	19,20
galantamine hydrobromide.....	21
GALANTAMINE HYDROBROMIDE.....	22
galantamine hydrobromide er.....	22
gallifrey.....	100
GAMUNEX-C.....	104
GARDASIL 9.....	109
gauze pads 2.....	126
GAVILYTE-C.....	84
gavilyte-g.....	84
gavilyte-n with flavor pack.....	83
GAVRETO.....	37

gefitinib.....	37
gemfibrozil.....	70
GEMTESA.....	85
generlac.....	83
gengraf.....	107
GENTAK.....	112
gentamicin sulfate.....	8,112
GENVOYA.....	56
GILOTRIF.....	38
glatiramer acetate.....	120
glatopa.....	120
GLEOSTINE.....	31
glimepiride.....	115
glipizide.....	115
glipizide er.....	115
glipizide xl.....	116
glipizide-metformin hcl.....	116
GLUCAGEN HYPOKIT.....	118
glucagon emergency.....	118
GLUCAGON EMERGENCY.....	118
glyburide.....	116
GLYBURIDE MICRONIZED.....	116
glyburide-metformin.....	116
glycopyrrolate.....	83
GLYXAMBI.....	116
GNP PEN NEEDLES.....	126
GOLYTELY.....	84
GOMEKLI.....	38
granisetron hcl.....	26
griseofulvin microsize.....	28
griseofulvin ultramicrosize.....	28
guanfacine hcl.....	62
guanfacine hcl er.....	122

## H

HADLIMA.....	107
HADLIMA PUSH TOUCH.....	107
HAEGARDA.....	103
hailey 1.5/30.....	94
hailey fe 1.5/30.....	94



INTELENCE	58
INTRALIPID	126
introvale	94
INVEGA HAFYERA	52
INVEGA SUSTENNA	52,53
INVEGA TRINZA	53
IPOL	109
ipratropium bromide	130
ipratropium-albuterol	133
irbesartan	63
irbesartan-hydrochlorothiazide	68
ISENTRESS	57
ISENTRESS HD	57
isibloom	95
isoniazid	31
isopropyl alcohol	77
isopropyl alcohol wipes	77
isosorb dinitrate-hydralazine	68
isosorbide dinitrate	73
isosorbide mononitrate	73
isosorbide mononitrate er	73
isotretinoin	74
isradipine	65
ITOVEBI	39
itraconazole	28
ivabradine hcl	68
ivermectin	47
IWILFIN	34
IXCHIQ	109
IXIARO	109

## J

jaimiess	95
JAKAFI	39
jantoven	87
JANUMET	116
JANUMET XR	116
JANUVIA	116
JARDIANCE	72
jasmiel	95

JAYPIRCA	39
jencycla	100
JENTADUETO	116
JENTADUETO XR	116
jinteli	95
jolessa	95
joyeaux	95
juleber	95
JULUCA	57
junel 1.5/30	95
junel 1/20	95
junel fe 1.5/30	95
junel fe 1/20	95
JYNNEOS	109

## K

kalliga	95
KALYDECO	132
kariva	95
kcl in dextrose-nacl	79
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	79
kelnor 1/35	95
kelnor 1/50	95
KEPIVANCE	62
KERENDIA	116
ketoconazole	28
ketorolac tromethamine	113
KINRIX	109
kionex	78
KISQALI (200 MG DOSE)	39
KISQALI (400 MG DOSE)	39
KISQALI (600 MG DOSE)	39
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	39
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	39
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	39
klor-con	79
klor-con 10	79
klor-con m10	79
klor-con m15	79
klor-con m20	79

KOSELUGO	40
kourzeq	62
KRAZATI	40
kurvelo	95

## L

l-glutamine	134
labetalol hcl	64
lacosamide	18
lactated ringers	79,126
lactulose	84
lactulose encephalopathy	84
lamivudine	56,59
lamivudine-zidovudine	59
lamotrigine	17
lansoprazole	85
LANTUS	119
LANTUS SOLOSTAR	119
lapatinib ditosylate	40
larin 1.5/30	95
larin 1/20	95
larin fe 1.5/30	95
larin fe 1/20	95
larissia	95
latanoprost	113
LAZCLUZE	35
leena	95
leflunomide	107
lenalidomide	32
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	40
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	40
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	40
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	40
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	40
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	40
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	40
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	40
lessina	95
letrozole	35
leucovorin calcium	34
LEUKERAN	31
leuprolide acetate	90
levalbuterol hcl	131
LEVALBUTEROL TARTRATE	131
levetiracetam	17
levetiracetam er	17
levo-t	102
LEVOBUNOLOL HCL	113
levocarnitine	134
levocetirizine dihydrochloride	130
levofloxacin	15
LEVOFLOXACIN	112
levofloxacin in d5w	15
levonest	95
levonorg-eth estrad triphasic	95
levonorgest-eth estrad 91-day	95,96
levonorgest-eth estradiol-iron	96
levonorgestrel-ethinyl estrad	96
levora 0.15/30 (28)	96
levothyroxine sodium	102
levoxyl	103
LEXIVA	57
LIBERVANT	20
lidocaine	5
lidocaine hcl	5
lidocaine viscous hcl	5
lidocaine-prilocaine	5
lidocan	5
LILETTA (52 MG)	100
lillow	96
lincomycin hcl	9
linezolid	9,10
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE	10
LINZESS	84
liothyronine sodium	103
lisdexamfetamine dimesylate	122
lisinopril	72
lisinopril-hydrochlorothiazide	68
lithium	61
lithium carbonate	61

lithium carbonate er	.61
LIVTENCITY	55
lo-zumandimine	96
loestrin 1.5/30 (21)	96
loestrin 1/20 (21)	96
loestrin fe 1.5/30	96
loestrin fe 1/20	96
lojaimiess	96
LOKELMA	78
LONSURF	34
loperamide hcl	83
lopinavir-ritonavir	57
lorazepam	7
lorazepam intensol	7
LORBRENA	40,41
loryna	96
losartan potassium	63
losartan potassium-hctz	68
loteprednol etabonate	113
lovastatin	70
low-ogestrel	96
loxapine succinate	51
lubiprostone	84
LUMAKRAS	41
LUMIGAN	113
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	90
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	90
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	90
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	90
lurasidone hcl	53
lutra	96
LYBALVI	22
lyleq	100
lyllana	96
LYNPARZA	41
LYSODREN	34
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	41
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	41
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	41
lyza	100

## M

M-M-R II	109
magnesium sulfate	79
malathion	78
maraviroc	60
marlissa	96
MARPLAN	23
MATULANE	31
matzim la	66
MAVYRET	56
MAXIDEX	113
meclizine hcl	26
medpura alcohol pads	77
medroxyprogesterone acetate	100
mefloquine hcl	48
megestrol acetate	100
MEKINIST	41
MEKTOVI	41
meloxicam	4
memantine hcl	21
memantine hcl er	21
MENACTRA	109
MENEST	96
MENQUADFI	109
MENVEO	109
meprobamate	6
mercaptopurine	33
meropenem	13
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE	14
mesalamine	81
mesalamine er	81
mesna	34
metformin hcl	116
metformin hcl er	116
methadone hcl	3
methazolamide	114
methenamine hippurate	10
methergine	126
methimazole	103

methocarbamol.....	111	misoprostol.....	85
METHOTREXATE SODIUM.....	107	modafinil.....	135
methotrexate sodium.....	107	moexipril hcl.....	72
methotrexate sodium (pf).....	107	MOLINDONE HCL.....	51
METHOXSALLEN RAPID.....	77	mometasone furoate.....	76
methscopolamine bromide.....	83	mondoxyne nl.....	16
methsuximide.....	21	mono-lynyah.....	97
methyldopa.....	62	montelukast sodium.....	130
METHYLDOPA- HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	68	morgidox.....	16
methylergonovine maleate.....	126	morphine sulfate.....	2
methylphenidate hcl.....	122	morphine sulfate (concentrate).....	2
methylphenidate hcl er.....	122	morphine sulfate er.....	3
methylprednisolone.....	101	MOUNJARO.....	117
methylprednisolone acetate.....	101	MOVANTIK.....	84
methylprednisolone sodium succ.....	102	moxifloxacin hcl.....	15,112
metoclopramide hcl.....	26	MOXIFLOXACIN HCL.....	15
metolazone.....	72	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	112
metoprolol succinate er.....	64	MOXIFLOXACIN HCL IN NACL.....	15
metoprolol tartrate.....	64	MRESVIA.....	110
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	68	MULTAQ.....	63
metronidazole.....	10	mupirocin.....	75
metyrosine.....	68	mycophenolate mofetil.....	107
mexiletine hcl.....	63	mycophenolate mofetil hcl.....	107
micafungin sodium.....	28	mycophenolate sodium.....	107
MICONAZOLE 3.....	28	mycophenolic acid.....	107
microgestin 1.5/30.....	96	myorisan.....	74
microgestin 1/20.....	96	MYRBETRIQ.....	85
microgestin fe 1.5/30.....	96		
microgestin fe 1/20.....	97	<b>N</b>	
midodrine hcl.....	62	na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	84
mifepristone.....	90	nabumetone.....	4
MIGERGOT.....	30	nadolol.....	64
miglitol.....	116	nafcillin sodium.....	13
mili.....	97	nafrinse.....	79
minitran.....	73	NAGLAZYME.....	134
minocycline hcl.....	16	naloxone hcl.....	8
minoxidil.....	73	naltrexone hcl.....	8
minzoya.....	97	naproxen.....	4,5
mirtazapine.....	22,23	naproxen dr.....	5
		naproxen sodium.....	5

naratriptan hcl.....	29	NITROSTAT.....	73
NATACYN.....	112	NIVESTYM.....	88
nateglinide.....	117	NIZATIDINE.....	83
NAYZILAM.....	5	nora-be.....	100
nebivolol hcl.....	65	norelgestromin-eth estradiol.....	97
necon 0.5/35 (28).....	97	norethin ace-eth estrad-fe.....	97
NEFAZODONE HCL.....	24	norethin-eth estradiol-fe.....	97
neo-polycin.....	114	norethindrone.....	100
neo-polycin hc.....	114	norethindrone acet-ethinyl est.....	97
neomycin sulfate.....	8	norethindrone acetate.....	100
neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	114	norethindrone-eth estradiol.....	97
neomycin-polymyxin-dexameth.....	114	norgestim-eth estrad triphasic.....	97
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....	115	norgestimate-eth estradiol.....	97
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....	115	norlyda.....	101
neomycin-polymyxin-hc.....	136	norlyroc.....	101
NERLYNX.....	41	nortrel 0.5/35 (28).....	97
nevirapine.....	58	nortrel 1/35 (21).....	97
NEVIRAPINE.....	58	nortrel 1/35 (28).....	97
NEVIRAPINE ER.....	58	nortrel 7/7/7.....	97
nevirapine er.....	59	nortriptyline hcl.....	25
NEXPLANON.....	100	NORVIR.....	57
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC).....	71	NovoFine 32G X 6 MM MISC.....	127
niacin er (antihyperlipidemic).....	71	NovoTwist 32G X 5 MM MISC.....	127
NIACOR.....	71	NUBEQA.....	32
nicardipine hcl.....	65	NULYTELY LEMON-LIME.....	84
NICOTROL.....	7	NUPLAZID.....	53
NICOTROL NS.....	7	NURTEC.....	30
nifedipine.....	65	NUTRILIPID.....	127
nifedipine er.....	65	nylia 1/35.....	97
nifedipine er osmotic release.....	65	nylia 7/7/7.....	97
nikki.....	97	NYMALIZE.....	65
nilutamide.....	32	nymyo.....	97
nimodipine.....	65	nystatin.....	28
NINLARO.....	41	nystatin-triamcinolone.....	77
nitazoxanide.....	48	NYVEPRIA.....	88
nitisinone.....	134		
NITRO-BID.....	73		
nitrofurantoin macrocrystal.....	10	oella.....	98
nitrofurantoin monohyd macro.....	10	octreotide acetate.....	90
nitroglycerin.....	73	OCTREOTIDE ACETATE.....	90

ODEFSEY	59
ODOMZO	42
OFEV	132
ofloxacin	112,136
OGSIVEO	42
OJEMDA	42
OJJAARA	34
olanzapine	53
olmesartan medoxomil	63
olmesartan medoxomil-hctz	68
olmesartan-amlodipine-hctz	69
omega-3-acid ethyl esters	71
omeprazole	85
OMNITROPE	84,91
ondansetron	26
ONDANSETRON HCL	26
ondansetron hcl	26,27
ONUREG	33
OPIPZA	53
OPSUMIT	129
OPVEE	127
oralone	62
ORGOVYX	90
ORSERDU	32
orsythia	98
oseltamivir phosphate	55
OSPHENA	100
OTEZLA	77,105
oxaprozin	5
oxcarbazepine	18
oxybutynin chloride	85
oxybutynin chloride er	85
oxycodone hcl	2
oxycodone-acetaminophen	2
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN	2
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	117
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	117
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	117

## P

pacerone	63
paliperidone er	53
PANRETIN	47
pantoprazole sodium	85
paricalcitol	82
paroxetine hcl	24
PAROXETINE HCL	24
paroxetine hcl er	24
PAXLOVID	61
PAXLOVID (150/100)	61
PAXLOVID (300/100)	61
pazopanib hcl	42
PEDIARIX	110
PEDVAX HIB	110
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	84
peg-3350/electrolytes	84
PEGASYS	104
PEMAZYRE	42
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP	127
PEN NEEDLES	127
PENBRAYA	127
penicillamine	86
penicillin g potassium	13
PENICILLIN G SODIUM	13
penicillin v potassium	13
PENTACEL	110
pentamidine isethionate	48
pentoxifylline er	69
perindopril erbumine	72
periogard	62
permethrin	78
perphenazine	26
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	23
PERSERIS	54
pfizerpen	13
phenelzine sulfate	23
phenobarbital	20
phenytek	18

phenytoin.....	18	prednisolone.....	102
phenytoin infatabs.....	18	prednisolone acetate.....	113
phenytoin sodium extended.....	19	prednisolone sodium phosphate.....	102
philith.....	98	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	113
PIFELTRO.....	59	prednisone.....	102
pilocarpine hcl.....	62,114	PREDNISONE INTENSOL.....	102
PIMOZIDE.....	51	pregabalin.....	120,121
pimtrea.....	98	PREMARIN.....	98
pindolol.....	65	PREMASOL.....	80
pioglitazone hcl.....	117	premium lidocaine.....	5
pioglitazone hcl-glimepiride.....	117	prenatal vitamins.....	80
pioglitazone hcl-metformin hcl.....	117	prevalite.....	71
piperacillin sod-tazobactam so.....	13	previfem.....	98
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	42	PREVYMIS.....	55
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	42	PREZCOBIX.....	57
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	42	PREZISTA.....	58
pirfenidone.....	132	PRIFTIN.....	31
PIRFENIDONE.....	132	primaquine phosphate.....	48
pirmella 1/35.....	98	primidone.....	20
pirmella 7/7/7.....	98	PRIORIX.....	110
piroxicam.....	5	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	127
PLENVU.....	84	probenecid.....	29
podofilox.....	77	prochlorperazine.....	26
polycin.....	115	prochlorperazine maleate.....	26
polymyxin b sulfate.....	10	procto-med hc.....	76
polymyxin b-trimethoprim.....	112	procto-pak.....	76
POMALYST.....	32	proctosol hc.....	76
portia-28.....	98	proctozone-hc.....	76
posaconazole.....	28	progesterone.....	101
potassium chloride.....	80	PROGRAF.....	108
potassium chloride crys er.....	80	PROLASTIN-C.....	134
potassium chloride er.....	80	PROLIA.....	82
potassium chloride in dextrose.....	80	PROMACTA.....	88
potassium chloride in nacl.....	80	promethazine hcl.....	26,130
potassium citrate er.....	80	propafenone hcl.....	63
pramipexole dihydrochloride.....	49	propranolol hcl.....	65
prasugrel hcl.....	89	PROPRANOLOL HCL.....	65
pravastatin sodium.....	70	propranolol hcl er.....	65
praziquantel.....	47	PROPRANOLOL-HCTZ.....	69
prazosin hcl.....	64	propylthiouracil.....	103

PROQUAD	110
protriptyline hcl	25
PULMICORT FLEXHALER	130
PULMOZYME	132
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	127
pyrazinamide	31
pyridostigmine bromide	30
pyridostigmine bromide er	30
pyrimethamine	48

## Q

qc alcohol	78
QINLOCK	34
QUADRACEL	110
quetiapine fumarate	54
quetiapine fumarate er	54
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	127
quinapril hcl	72
quinapril-hydrochlorothiazide	69
quinidine sulfate	63
quinine sulfate	48

## R

ra isopropyl alcohol wipes	78
RABAVERT	110
rabeprazole sodium	85
RALDESY	24
raloxifene hcl	100
ramelteon	135
ramipril	72
ranolazine er	69
rasagiline mesylate	49
reclipsen	98
RECOMBIVAX HB	110
relafen	5
RELENZA DISKHALER	55
repaglinide	117
REPATHA	71
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	71
REPATHA SURECLICK	71

RESTASIS	115
RESTASIS MULTIDOSE	115
RETACRIT	89
RETEVMO	42
REVLIMID	33
REVUFORJ	43
REXULTI	54
REYATAZ	58
REZLIDHIA	43
REZUROCK	105
RHOPRESSA	114
RIBAVIRIN	56
ribavirin	56
rifabutin	30
rifampin	31
riluzole	121
RIMANTADINE HCL	55
ringers	80
ringers irrigation	127
RINVOQ	105
RINVOQ LQ	105
risedronate sodium	82
risperidone	54
risperidone microspheres er	54
ritonavir	58
rivastigmine	22
rivastigmine tartrate	22
rizatriptan benzoate	29
ROCKLATAN	115
roflumilast	132
ROMVIMZA	43
ropinirole hcl	49
ropinirole hcl er	49
rosadan	10
rosuvastatin calcium	70
ROTARIX	110
ROTATEQ	110
roweepra	17
ROZLYTREK	43
RUBRACA	43

rufinamide	19
RUKOBIA	60
RYBELSUS	117
RYDAPT	43

## S

sajazir	104
SANDIMMUNE	108
SANTYL	78
sapropterin dihydrochloride	134
SCEMBLIX	43
scopolamine	26
SECUADO	54
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	127
selegiline hcl	50
selenium sulfide	76
SELZENTRY	60
SEREVENT DISKUS	131
sertraline hcl	24
setlakin	98
sharobel	101
SHINGRIX	110
SIGNIFOR	90
sildenafil citrate	129
SILIGENTLE FOAM DRESSING	127
silodosin	86
silver sulfadiazine	78
SIMBRINZA	114
SIMLANDI (1 PEN)	108
SIMLANDI (1 SYRINGE)	108
SIMLANDI (2 PEN)	108
SIMLANDI (2 SYRINGE)	108
simliya	98
simpesse	98
simvastatin	70
sirolimus	108
SIRTURO	31
SKYRIZI	105
SKYRIZI (150 MG DOSE)	105
SKYRIZI PEN	105

SMOFLIPID	127
sodium chloride	80
sodium chloride (pf)	80
sodium fluoride	80
SODIUM OXYBATE	135
sodium phenylbutyrate	134
sodium polystyrene sulfonate	79
solifenacin succinate	86
SOLTAMOX	33
SOMAVERT	90
sorafenib tosylate	43
sorine	64
sotalol hcl	64
sotalol hcl (af)	64
SPIRIVA RESPIMAT	130
spironolactone	71
spironolactone-hctz	69
sprintec 28	98
SPRITAM	17
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)	79
sronyx	98
ssd	78
STAVUDINE	59
STELARA	105,106
sterile water for irrigation	127
STIOLTO RESPIMAT	133
STIVARGA	43
STREPTOMYCIN SULFATE	9
STRIBILD	57
subvenite	17
sucalfate	85
sulfacetamide sodium	112
sulfacetamide sodium (acne)	74
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	115
sulfadiazine	15
sulfamethoxazole-trimethoprim	15
sulfasalazine	81
sulindac	5
sumatriptan	29
sumatriptan succinate	29

SUMATRIPTAN SUCCINATE.....	29	TEMIXYS.....	59
sumatriptan succinate refill.....	29	TENIVAC.....	110
sunitinib malate.....	44	tenofovir disoproxil fumarate.....	59
SUNLENCA.....	60,61	TEPMETKO.....	44
SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	127	terazosin hcl.....	64
syeda.....	98	terbinafine hcl.....	28
SYMPAZAN.....	20	terconazole.....	28
SYMTUZA.....	58	teriflunomide.....	120
SYNAREL.....	90	TERIPARATIDE (RECOMBINANT).....	82
SYNJARDY.....	117	testosterone.....	91
SYNJARDY XR.....	117	testosterone cypionate.....	91
SYNRIBO.....	44	TESTOSTERONE ENANTHATE.....	92
SYNTHROID.....	103	tetrabenazine.....	121
<b>T</b>			
TABLOID.....	33	tetracycline hcl.....	16
TABRECTA.....	44	THALOMID.....	33
tacrolimus.....	76,108	theophylline er.....	132
tadalafil.....	86	thioridazine hcl.....	51
tadalafil (pah).....	129	thiotepa.....	31
TAFINLAR.....	44	thiothixene.....	51
TAGRISO.....	44	tiadylt er.....	66
TALZENNA.....	44	tiagabine hcl.....	20
tamoxifen citrate.....	33	TIBSOVO.....	44
tamsulosin hcl.....	86	ticagrelor.....	89
tarina fe 1/20.....	98	TICOVAC.....	110
tarina fe 1/20 eq.....	98	tigecycline.....	10
TASIGNA.....	44	timolol maleate.....	65,113
tasimelteon.....	135	tinidazole.....	10
tazarotene.....	74	tiotropium bromide monohydrate.....	131
TAZICEF.....	12	tis-u-sol.....	128
taztia xt.....	66	TIVICAY.....	57
TAZVERIK.....	44	TIVICAY PD.....	57
TDVAX.....	110	tizanidine hcl.....	27
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	128	tobramycin.....	112,132
TEFLARO.....	12	tobramycin sulfate.....	9
telmisartan.....	63	tobramycin-dexamethasone.....	115
telmisartan-amlodipine.....	69	TOLAK.....	78
telmisartan-hctz.....	69	tolterodine tartrate.....	86
temazepam.....	135	tolterodine tartrate er.....	86
		topiramate.....	17
		TOPIRAMATE.....	17

toremifene citrate.....	33	TRIKAFTA.....	132
torseamide.....	71	trimethoprim.....	10
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	119	trimipramine maleate.....	25
TOUJEO SOLOSTAR.....	119	TRINTELLIX.....	24
TPN ELECTROLYTES.....	80	TRIUMEQ.....	60
TRACLEER.....	129	TRIUMEQ PD.....	60
TRADJENTA.....	117	trivora (28).....	99
tramadol hcl.....	2	TRIZIVIR.....	60
tramadol hcl er.....	3	tropium chloride.....	86
tramadol-acetaminophen.....	2	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	128
trandolapril.....	72	TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	128
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	69	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	128
tranexamic acid.....	89	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	128
tranylcypramine sulfate.....	23	TRULICITY.....	117
travoprost (bak free).....	113	TRUMENBA.....	110
trazodone hcl.....	24	TRUQAP.....	44
TRECTOR.....	31	TUKYSA.....	45
TRELEGY ELLIPTA.....	133	tulana.....	101
TRELSTAR MIXJECT.....	90	TURALIO.....	45
TRESIBA.....	119	turqoz.....	99
TRESIBA FLEXTOUCH.....	119	TWINRIX.....	110
tretinoin.....	47,74	TYBOST.....	61
TREXALL.....	108	TYMLOS.....	82
tri femynor.....	98	TYPHIM VI.....	110
tri-estarylla.....	98	<b>U</b>	
tri-linyah.....	98	UBRELVY.....	30
tri-mili.....	98	UDENYCA.....	89
tri-nymyo.....	99	ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE.....	128
tri-previfem.....	99	UNIFINE OTC PEN NEEDLES.....	128
tri-sprintec.....	99	UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....	128
tri-vylibra.....	99	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.....	128
triamcinolone acetonide.....	62,77	unithroid.....	103
triamterene-hctz.....	69	ursodiol.....	84
triazolam.....	135	<b>V</b>	
triderm.....	77	valacyclovir hcl.....	56
trientine hcl.....	78	VALCHLOR.....	78
TRIENTINE HCL.....	78	valganciclovir hcl.....	55
trifluoperazine hcl.....	51	valproate sodium.....	17
TRIFLURIDINE.....	112		
trihexyphenidyl hcl.....	49		

valproic acid	17
valsartan	63
valsartan-hydrochlorothiazide	69
VALTOCO 10 MG DOSE	20
VALTOCO 15 MG DOSE	20
VALTOCO 20 MG DOSE	20
VALTOCO 5 MG DOSE	20
valtya 1/50	99
vanadom	111
vancomycin hcl	10
VANDAZOLE	10
VANFLYTA	45
VAQTA	111
varenicline tartrate	7
varenicline tartrate (starter)	7
varenicline tartrate(continue)	7
VARIVAX	111
VAXCHORA	111
VELIVET	99
VENCLEXTA	45
VENCLEXTA STARTING PACK	45
venlafaxine hcl	24
venlafaxine hcl er	24,25
VEOZAH	121
verapamil hcl	66
VERAPAMIL HCL ER	66
verapamil hcl er	67
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE	128
VERIFINE INSULIN SYRINGE	128
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	128
VERQUVO	69
VERSACLOZ	51
VERZENIO	45
vestura	99
vienva	99
vigabatrin	20
vigadrone	20
VIGAFYDE	20
vigpoder	20
vilazodone hcl	25

VIMKUNYA	111
viorele	99
VIRACEPT	58
VIREAD	60
VITRAKVI	45
VIVOTIF	111
VIZIMPRO	46
volnea	99
VONJO	34
VORANIGO	46
voriconazole	28
VOWST	129
VRAYLAR	54
vyfemla	99
vylibra	99
VYZULTA	113

## W

warfarin sodium	87
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE	129
WELIREG	34
wera	99
wixela inhub	133
wymzya fe	99

## X

XALKORI	46
XARELTO	87,88
XARELTO STARTER PACK	88
XATMEP	108
XCOPRI	17,19
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	19
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	19
XDEMVY	115
XELJANZ	106
XELJANZ XR	106
xelria fe	99
XERMELO	83
XGEVA	82
XIFAXAN	10,11

XIGDUO XR.....	118	zovia 1/35e (28).....	99
XIIDRA.....	115	ZTALMY.....	21
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	55	zumandimine.....	99
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	56	ZURZUVAE.....	23
XOLAIR.....	106	ZYDELIG.....	47
XOSPATA.....	46	ZYKADIA.....	47
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	46	ZYLET.....	115
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	46	ZYPREXA RELPREVV.....	55
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	46		
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	46		
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	46		
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	46		
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	47		
XTANDI.....	32		
xulane.....	99		

## Y

YF-VAX.....	111
yuvaferm.....	99

## Z

zafemy.....	99
zafirlukast.....	130
zaleplon.....	135
ZARXIO.....	89
ZEJULA.....	47
ZELBORAF.....	47
zenatane.....	74
zidovudine.....	60
ziprasidone hcl.....	54
ziprasidone mesylate.....	54
ZIRGAN.....	112
zoledronic acid.....	82
ZOLINZA.....	34
zolmitriptan.....	29
zolpidem tartrate.....	135
zolpidem tartrate er.....	135
ZONISADE.....	19
zonisamide.....	19
zovia 1/35 (28).....	99

**En esta sección puede encontrar un medicamento buscando su nombre alfabéticamente. Esto le indicará el número de página donde puede encontrar información adicional sobre la cobertura de su medicamento.**

ANALGÉSICOS .....	1
ANESTÉSICOS.....	5
ANSIOLÍTICOS.....	6
ANTIADICTIVOS/TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS, MEDICAMENTOS PARA EL.....	7
ANTIBACTERIANOS.....	8
ANTICONVULSIVOS.....	16
ANTIDEMENCIALES.....	21
ANTIDEPRESIVOS.....	22
ANTIEMÉTICOS.....	25
ANTIESPÁSTICOS.....	27
ANTIFÚNGICOS.....	27
ANTIGOTOSOS.....	29
ANTIJAQUECOSOS.....	29
ANTIMIASTÉNICOS.....	30
ANTIMICOBACTERIANOS.....	30
ANTINEOPLÁSICOS.....	31
ANTIPARASITARIOS.....	47
ANTIPARKINSONIANOS.....	49
ANTIPSIKÓTICOS.....	50
ANTIVÍRICOS.....	55
BIPOLARES.....	61
BUCODENTALES.....	61
CARDIOVASCULARES.....	62
DERMATOLÓGICOS.....	73
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS.....	78
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA.....	81
ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA.....	81
GASTROINTESTINALES.....	83
GENITOURINARIOS.....	85
HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES.....	86
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY).....	89
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS).....	91
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HORMONAS.....	

SEXUALES/MODIFICADORES).....	91
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES).....	101
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS).....	102
HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS).....	103
INMUNOLÓGICOS.....	103
MIORRELAJANTES.....	111
OFTÁLMICOS.....	111
REGULADORES DE LA GLUCEMIA.....	115
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL.....	120
TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS.....	122
TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL.....	129
TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO.....	134
TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS.....	135
ÓTICOS.....	135



## 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](mailto: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 1-800-452-4413. 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 1-800-452-4413. 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 1-800-452-4413。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 1-800-452-4413。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-452-4413. 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 1-800-452-4413. 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 1-800-452-4413 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 1-800-452-4413. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-452-4413 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 1-800-452-4413. 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 1-800-452-4413. 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 1-800-452-4413 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 1-800-452-4413. 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 1-800-452-4413. 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 1-800-452-4413. 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 1-800-452-4413. 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、1-800-452-4413 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 1-800-452-4413. 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 1-800-452-4413. Вам може допомогти хтось, хто розмовляє Українською. Це безкоштовна послуга.

**Navajo** Díí ats'ííís baa áháyá'éeí doodago azee' bee aa áháyá' bína'ídíílkidgo éí ná ata' hodoolnihíí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojí' 1-800-452-4413 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 ਵੇਲ ਮੁਫਤ ਦੁਆਰੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਆਰੀਆ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-452-4413 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

**Khmer** យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់

សេវាទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។  
សេវាទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។

**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 1-800-452-4413. Maaih mienh gorngv benx Mienh waac haih tengx nzie duqv meih. Naaiv se benx wang-henh nzie weih jauv-louc oc.

**Lao** ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-452-4413. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

**Armenian** Մեզ վրա հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կառուցվածքի և կառուցվածքի արևմտյան հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ծառայությունը համար 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով: 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، کفایت با ما به شماره 1-800-452-4413 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

**Thai** ภาษาไทย เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-452-4413 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี



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

### English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-452-4413** (TTY:711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-452-4413** (TTY:711). These services are free.

### الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-800-452-4413** (TTY:711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ **1-800-452-4413** (TTY:711). هذه الخدمات مجانية.

### Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք

**1-800-452-4413** (TTY:711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց

համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ  
տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-800-452-4413** (TTY:711):  
Այդ ծառայություններն  
անվճար են:

### 简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-800-452-4413** (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-800-452-4413** (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

### हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-800-452-4413** (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-800-452-4413** (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

### Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-800-452-4413** (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev

pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-800-452-4413** (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

## 日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-800-452-4413** (TTY: 711)

へお電話ください。

点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。

**1-800-452-4413** (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

## 한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-800-452-4413** (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-800-452-4413** (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

## ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-452-4413**

(TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-452-4413** (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

## Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-800-452-4413** (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-800-452-4413** (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

## ພາສາມຼຸດຊາກສາໄຊ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ

**1-800-452-4413** (TTY:711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់  
ជនពិការ ដូចជា ឯកសារសរសេរជាអក្សរធុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក  
ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។  
ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-452-4413** (TTY:711)។  
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))**

تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های (TTY: 711) **1-800-452-4413** توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با  
تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند. (TTY: 711) **1-800-452-4413** خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با

**ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-452-4413** (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-452-4413** (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

**Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру

**1-800-452-4413** (линия ТТУ: **1-800-452-4413**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-800-452-4413** (линия ТТУ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-800-452-4413** (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-800-452-4413** (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-452-4413** (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-452-4413** (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

### **เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข

**1-800-452-4413** (TTY: 711) นอกจากนี้

ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ

ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่

กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-452-4413** (TTY: 711)

ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер

**1-800-452-4413** (TTY: 711). Люди з обмеженими

можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом.

Телефонуйте на номер **1-800-452-4413** (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

### **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-800-452-4413**

(TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như

tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng

**gọi số 1-800-452-4413**

(TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

A56419DSN\_0724 H2819\_24\_452B\_C Approved 08052024

Este formulario se actualizó el 05/27/2025 . Para ver información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana o visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025).



05/27/2025