

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 13

Este formulario se actualizó el 03/19/2025 .

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.

H2819_24_422-SP_C Approved 08202024
A55568EAE-SP- 03/25

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.



03/19/2025

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.



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	136

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.



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 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.



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 निःशुल्क 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.



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.



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 nzoih 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 ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរប្រើល 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.



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.



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). 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 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.



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. 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.



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.



- 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. 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.



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 136. 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.



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). 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.



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.



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.



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.



- 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). 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.



- 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.



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.



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.



03/19/2025

ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA		
<i>acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)</i>	NIVEL 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	NIVEL 4	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate 30 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	NIVEL 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 10-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 7.5-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (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
ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA		
<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
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES		
<i>butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE 50-325-40 MG TAB	NIVEL 2	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>cataflam 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>celecoxib (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</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.

ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium (1 % gel, 1.5 % solution)</i>	NIVEL 3	
<i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	NIVEL 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium 75 mg tab dr</i>	NIVEL 1	
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<i>etodolac (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>etodolac (400 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>etodolac er (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	

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 (250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<i>naproxen dr 500 mg tab dr</i>	NIVEL 2	
<i>naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>oxaprozin 600 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>relafen (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	

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
ANSIOLÍTICOS, OTROS		
<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	
BENZODIACEPINAS		
<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam er (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 & 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 DAYS)
<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	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 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>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 (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
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	NIVEL 4	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	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.

ANTIBACTERIANOS

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

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>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	
<i>cefpodoxime proxetil (100 mg tab, 100 mg/5ml recon susp, 200 mg tab, 50 mg/5ml recon susp)</i>	NIVEL 4	
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ceftazidime (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 6 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 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	

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>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	
<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	

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>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>naftcillin 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	
CARBAPENÉMICOS		
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	NIVEL 3	
<i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	NIVEL 4	
MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i>	NIVEL 2	
AZITHROMYCIN 1 GM PACKET	NIVEL 3	
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	

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
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	
<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	

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>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	
<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	

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
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
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	

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>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
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	

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>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>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	
<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 X 200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X 100 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

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
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	
<i>zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
<i>clobazam 10 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	NIVEL 4	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 20 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>diazepam 10 mg gel</i>	NIVEL 4	QL (20 PER 30 DAYS)
DIAZEPAM 2.5 MG GEL	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 20 mg gel</i>	NIVEL 4	QL (40 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)</i>	NIVEL 3	QL (72 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
LIBERVANT (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, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 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	

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
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
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	

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
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 & 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	
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	

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
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	
<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

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
MARPLAN 10 MG TAB	NIVEL 4	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	NIVEL 4	
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)/INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (SNRI)		
<i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>citalopram hydrobromide 10 mg/5ml solution</i>	NIVEL 3	
<i>desvenlafaxine succinate er (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 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
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	

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>paroxetine hcl 10 mg/5ml suspension</i>	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	
<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)
<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

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>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	
<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	

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
COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGENICA		
<i>aprepitant (125 mg cap, 80 & 125 mg cap, 80 & 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
<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)

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.

ANTIESPÁSTICOS

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

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>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

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)

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
<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 DAYS)
<i>rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln prsy, 6 mg/0.5ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (8 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate refill (4 mg/0.5ml soln cart, 6 mg/0.5ml soln cart)</i>	NIVEL 4	QL (8 PER 30 DAYS)
<i>zolmitriptan (2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30 DAYS)
ALCALOIDES DE ERGOTAMINA		
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOS	NIVEL 4	QL (20 PER 30 DAYS)
CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS		
AIMOVIG (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)

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
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	
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	

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

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
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
ANTIANGIOGÉNICOS		
<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
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	

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>toemifene citrate 60 mg tab</i>	NIVEL 4	
ANTIMETABOLITOS		
<i>mercaptapurine 2000 mg/100ml suspension</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mercaptapurine 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	NIVEL 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	NIVEL 3	
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
<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	

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
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
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	

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>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
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

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

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
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
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 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

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
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
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

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
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (49 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (70 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (91 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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
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
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

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
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	NIVEL 5	LA, QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	NIVEL 5	QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

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
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
REVUFORJ 110 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 160 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCSEMBLIX 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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
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
<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
TAGRISO (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

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
TEPMETKO 225 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	NIVEL 5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (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

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
VITRAKVI 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 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) 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

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
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
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	

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
ANTIHELMÍNTICOS		
<i>albendazole 200 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	NIVEL 3	
ANTIPROTOZOICOS		
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 4	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (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 sulfite 100 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfite 200 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfite 300 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfite 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	

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
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	NIVEL 5	PA
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	NIVEL 3	PA, QL (6 PER 1 DAYS)

ANTIPARKINSONIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGONISTAS DE LA DOPAMINA		
<i>apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart</i>	NIVEL 5	PA
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ropinirole hcl er (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)
ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>benztropine mesylate 1 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 50 mg/5ml 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.

ANTIPARKINSONIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
PRECURSORES DE LA DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA L-AMINOÁCIDO DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa 25 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>carbidopa-levodopa er (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)</i>	NIVEL 2	

ANTIPSIKÓTICOS

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

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
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	
<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	

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>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)
<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

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 HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.75 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.5 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	QL (0.25 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.5 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lurasidone hcl (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	

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>olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<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
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

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
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	NIVEL 4	QL (7 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIVÍRICOS

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)

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>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	NIVEL 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 X 40 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)
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)
<i>ribavirin (200 mg cap, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIHERPÉTICOS		
<i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>acyclovir 200 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 4	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	

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
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)
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)

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>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	QL (13 PER 1 DAYS)
NORVIR 100 MG CAP	NIVEL 4	
NORVIR 100 MG PACKET	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (15 PER 1 DAYS)
PREZCOBIX 800-150 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	NIVEL 3	QL (10 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
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)
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)

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
INTELENCE 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER 100 MG TAB ER 24H	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NUCLEOSÍDICOS Y NUCLEOTÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NRTI)		
<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df 200-300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)

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
STAVUDINE (15 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP, 40 MG CAP)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
TEMIXYS 300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	NIVEL 4	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 1 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS		
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	NIVEL 5	QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	NIVEL 5	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
FUZEON 90 MG RECON SOLN	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 150 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (60 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TAB	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TAB	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (4 PER 180 OVER TIME)

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 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (20 PER 30 DAYS)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)

BIPOLARES

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
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
<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	
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>flecainide acetate (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	
MULTAQ 400 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>pacerone 200 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	

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	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA		
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>terazosin hcl (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 1	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
<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 tab er 24h, 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, 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>tiadylt 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 (ANTHYPERLIPIDEMIC) 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
DIURÉTICOS, TIAZIDAS		
<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)		
<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	
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
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, 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	
ANTIINFECIOSOS TÓPICOS		
<i>acyclovir 5 % ointment</i>	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ciclodan 8 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)</i>	NIVEL 4	
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	NIVEL 2	

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 phosphate (1 % gel, 1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)</i>	NIVEL 2	
ERY 2 % PAD	NIVEL 3	
<i>erythromycin 2 % gel</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	NIVEL 2	
DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
<i>ala-cort (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	NIVEL 2	
<i>alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 4	
<i>desoximetasone (0.25 % cream, 0.25 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	NIVEL 3	

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>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)
<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	

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
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	
<i>methoxsalen rapid 10 mg cap</i>	NIVEL 5	
<i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i>	NIVEL 4	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>podofilox 0.5 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>qc alcohol 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	NIVEL 2	

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>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	
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	NIVEL 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION)	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
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	
NORMOSOL-M IN D5W SOLUTION	NIVEL 4	
<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	

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 crys er (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

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	

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
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)
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i>	NIVEL 2	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 ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

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

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	

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>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 prsy, 1 mg/10ml soln prsy)</i>	NIVEL 4	
<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 4	
ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	

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
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	
<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)

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>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	
<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

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>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)
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)

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
<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)
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)

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
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
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)
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

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
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)

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	
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	

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
<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

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	

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
<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	
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	

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>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>amethia 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>amethia lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>ashlyna 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>camrese 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	

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>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 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	NIVEL 4	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	NIVEL 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	NIVEL 3	
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	NIVEL 3	
<i>enpresse-28 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	NIVEL 3	QL (16 PER 28 DAYS)

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>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>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	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>jaimiess 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	

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>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 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	NIVEL 3	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 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>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lillow 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>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	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	NIVEL 4	
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	NIVEL 3	
<i>mono-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	

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>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	
<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	

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>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 & 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	
<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	

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>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>valtya 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	NIVEL 3	
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	NIVEL 3	
<i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	NIVEL 3	
<i>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	
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	

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>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	
<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	

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
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	
<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	

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>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	
<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	

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
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
<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)

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
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
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

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 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)
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)

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
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)
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

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>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
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

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
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) 80 MG/0.8ML PREF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 20 MG/0.2ML PREF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
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
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	

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
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 1440 EL U/ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
HAVRIX 720 EL U/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	NIVEL 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	NIVEL 3	
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
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	

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
PENTACEL RECON SUSP	NIVEL 3	
PRIORIX RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
PROQUAD RECON SUSP	NIVEL 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	
RABAVERT RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
RECOMBIVAX HB (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
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

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
VAXCHORA RECON SUSP	NIVEL 4	VAC
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	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	
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	

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
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)
<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	

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
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	
<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	

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
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	NIVEL 3	
OFTÁLMICOS, OTROS		
<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	NIVEL 2	
<i>atropine sulfate 1 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	NIVEL 2	
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment</i>	NIVEL 2	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	NIVEL 2	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	NIVEL 2	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	NIVEL 4	
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	NIVEL 2	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EMULSION	NIVEL 3	QL (5.5 PER 30 DAYS)

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
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	
XDEMVY 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	
<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	

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>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)
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)

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
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 (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
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)
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)

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
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	
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	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 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)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
BETASERON 0.3 MG KIT	NIVEL 5	PA, QL (15 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
<i>dalfampridine er 10 mg tab er 12h</i>	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)</i>	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i> fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln 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)
FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
<i>DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP DR</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP DR</i>	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)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	NIVEL 3	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.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	NIVEL 3	
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 (X 1/2" 0.3 ML MISC, X 5/16" 0.3 ML MISC)	NIVEL 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (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 U-100 (27G X 5/8" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML 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 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	
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	

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
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	
<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	

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
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (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	
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, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 6 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
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 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	
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)

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>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>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	NIVEL 3	PA
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA
<i>hydroxyzine pamoate (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)

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
ANTILEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>montelukast sodium 10 mg tab</i>	NIVEL 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
BRONCODILATADORES, ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 4	QL (25.8 PER 30 DAYS)
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>	NIVEL 2	QL (45 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	NIVEL 3	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>tiotropium bromide monohydrate 18 mcg cap</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
BRONCODILATADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	NIVEL 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)</i>	NIVEL 2	QL (36 PER 30 DAYS)
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)	NIVEL 2	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
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)</i>	NIVEL 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	NIVEL 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)</i>	NIVEL 4	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS		
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA		
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
KALYDECO (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)

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>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)
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS		
<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	
TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
<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)
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>breynga (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)

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>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</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)

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	

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
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

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)

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
<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	
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	

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
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	58
abacavir sulfate-lamivudine	58
abacavir-lamivudine-zidovudine	58
ABELCET	27
ABILIFY ASIMTUFII	51
ABILIFY MAINTENA	51
abiraterone acetate	31
ABRYSVO	107
acamprosate calcium	8
acarbose	114
accutane	72
acebutolol hcl	63
acetaminophen-codeine	1
acetazolamide	66
acetazolamide er	112
acetic acid	134
acetylcysteine	131
acitretin	73
ACTHIB	107
ACTIMMUNE	103
acyclovir	55,73
acyclovir sodium	55
ADACEL	107
adapalene	73
adefovir dipivoxil	55
ADEMPAS	127
ADVAIR HFA	131
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	122
afirmelle	90
AIMOVIG	29
ak-poly-bac	113
AKEEGA	33
ala-cort	74
albendazole	47
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	129
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	129

albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	129
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin)	129
ALBUTEROL SULFATE	129
albuterol sulfate	130
albuterol sulfate hfa	130
alclometasone dipropionate	74
ALCOHOL 70% PADS	122
ALCOHOL PREP	122
ALCOHOL PREP PADS	122
ALCOHOL SWABS	122
ALCOHOL SWABSTICK	122
alcohol wipes	76
ALDURAZYME	132
ALECENSA	35
alendronate sodium	80
ALENDRONATE SODIUM	80
alfuzosin hcl er	85
aliskiren fumarate	66
allopurinol	28
alose tron hcl	82
alprazolam	6
alprazolam er	6
alprazolam xr	6
altavera	90
ALUNBRIG	35
alyacen 1/35	91
alyacen 7/7/7	91
alyq	127
amantadine hcl	48
ambrisentan	127
amethia	91
amethia lo	91
amikacin sulfate	8
amiloride hcl	70
amiloride-hydrochlorothiazide	66
amiodarone hcl	62
amitriptyline hcl	24
amlodipine besy-benazepril hcl	66

amlodipine besylate	64	ashlyna	91
amlodipine besylate-valsartan	66	aspirin-dipyridamole er	88
amlodipine-atorvastatin	66	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	122
amlodipine-olmesartan	66	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	122
amlodipine-valsartan-hctz	66	atazanavir sulfate	56
ammonium lactate	74	atenolol	63
amnesteem	73	atenolol-chlorthalidone	66
amoxapine	24	atomoxetine hcl	121
amoxicillin	12	atorvastatin calcium	69
amoxicillin-pot clavulanate	12	atovaquone	47
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER	12	atovaquone-proguanil hcl	47
amphetamine-dextroamphet er	120	atropine sulfate	82,113
amphetamine-dextroamphetamine	120	ATROVENT HFA	129
AMPHOTERICIN B	27	aubra	91
ampicillin	12	aubra eq	91
ampicillin sodium	12	AUGTYRO	33
ampicillin-sulbactam sodium	12	AUM ALCOHOL PREP PADS	122
anagrelide hcl	87	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	122
anastrozole	34	AUM PEN NEEDLE	122
ANORO ELLIPTA	131	aurovela 1.5/30	91
apomorphine hcl	48	aurovela 1/20	91
apraclonidine hcl	112	aurovela fe 1.5/30	91
aprepitant	26	aurovela fe 1/20	91
apri	91	AUVELITY	22
APTIOM	17	aviane	91
APTIVUS	56	avidoxy	15
AQ INSULIN SYRINGE	122	ayuna	91
AQINJECT PEN NEEDLE	122	AYVAKIT	35
aranelle	91	azathioprine	105
ARANESP (ALBUMIN FREE)	87	AZATHIOPRINE SODIUM	105
ARCALYST	103	azelastine hcl	110,128
AREXVY	107	azithromycin	13
argyle sterile water	122	AZITHROMYCIN	13
ARIKAYCE	8	aztreonam	9
aripiprazole	51	azurette	91
ARISTADA	51		
ARISTADA INITIO	51	B	
armodafinil	134	bac (butalbital-acetamin-caff)	120
ARNUITY ELLIPTA	128	bacitra-neomycin-polymyxin-hc	113
asenapine maleate	51	BACITRACIN	110

bacitracin-polymyxin b	113	bimatoprost	112
baclofen	26,27	BIOGUARD GAUZE SPONGES	123
balsalazide disodium	79	bisoprolol fumarate	63
BALVERSA	35	bisoprolol-hydrochlorothiazide	66
balziva	91	blisovi fe 1.5/30	91
BAQSIMI ONE PACK	117	blisovi fe 1/20	91
BAQSIMI TWO PACK	117	BOOSTRIX	107
BARACLUDE	55	bosentan	127,128
BCG VACCINE	107	BOSULIF	35
BD INSULIN SYRINGE	122	BRAFTOVI	35
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM		BREO ELLIPTA	131
MISC	122	breyna	131
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM		BREZTRI AEROSPHERE	131
MISC	122	briellyn	91
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM		BRILINTA	88
MISC	122	brimonidine tartrate	112
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM		brimonidine tartrate-timolol	113
MISC	123	brinzolamide	112
benazepril hcl	71	BRIVIACT	16
benazepril-hydrochlorothiazide	66	bromocriptine mesylate	48
BENLYSTA	103	BRUKINSA	36
BENZNIDAZOLE	47	budesonide	80,128
benzoyl peroxide-erythromycin	73	budesonide er	80
benztropine mesylate	48	budesonide-formoterol fumarate	131
BESIVANCE	14	bumetanide	70
BESREMI	103	buprenorphine	3
betaine	132	buprenorphine hcl	7
betamethasone dipropionate	74	buprenorphine hcl-naloxone hcl	7,8
betamethasone dipropionate aug	74	bupropion hcl	22
betamethasone valerate	74	bupropion hcl er (smoking det)	7
BETASERON	118	bupropion hcl er (sr)	22
betaxolol hcl	63,112	bupropion hcl er (xl)	22
bethanechol chloride	85	buspironone hcl	6
bexarotene	46	butalbital-apap-caffeine	120
BEXSERO	107	butalbital-aspirin-caffeine	3
bicalutamide	31	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE	3
BICILLIN C-R	12	butorphanol tartrate	1
BICILLIN C-R 900/300	12		
BICILLIN L-A	12		
BIKTARVY	56		
		C	
		CABENUVA	59

cabergoline.....	88	cefotetan disodium.....	11
CABOMETYX.....	36	cefoxitin sodium.....	11
calcipotriene.....	76	cefpodoxime proxetil.....	11
calcitonin (salmon).....	80	cefprozil.....	11
calcitrene.....	76	ceftazidime.....	11
CALCITRIOL.....	76,81	ceftriaxone sodium.....	11
calcitriol.....	80,81	cefuroxime axetil.....	11
CALQUENCE.....	36	cefuroxime sodium.....	11
camila.....	98	celecoxib.....	3,4
camrese.....	91	cephalexin.....	12
camrese lo.....	91	cetirizine hcl.....	128
candesartan cilexetil.....	62	cevimeline hcl.....	60
candesartan cilexetil-hctz.....	67	chateal.....	91
CAPLYTA.....	51	chateal eq.....	91
CAPRELSA.....	36	CHEMET.....	77
captopril.....	71	chlorhexidine gluconate.....	60
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	67	chloroquine phosphate.....	47
carbamazepine.....	17	chlorpromazine hcl.....	50
carbamazepine er.....	18	chlorthalidone.....	71
carbidopa.....	49	cholestyramine.....	69
carbidopa-levodopa.....	49	cholestyramine light.....	69
carbidopa-levodopa er.....	49	ciclodan.....	73
carbidopa-levodopa-entacapone.....	49	ciclopirox.....	73
CARETOUCH ALCOHOL PREP.....	123	ciclopirox olamine.....	73
carglumic acid.....	132	cilostazol.....	88
carisoprodol.....	110	CILOXAN.....	14
CARTEOLOL HCL.....	112	CIMDUO.....	58
cartia xt.....	64	cimetidine.....	81
carvedilol.....	63	cinacalcet hcl.....	81
carvedilol phosphate er.....	63	CIPRO HC.....	134
caspofungin acetate.....	27	ciprofloxacin.....	14
cataflam.....	3	ciprofloxacin hcl.....	14,134
CAYSTON.....	9	ciprofloxacin in d5w.....	14
caziant.....	91	ciprofloxacin-dexamethasone.....	134
CEFACLOR.....	10	cialopram hydrobromide.....	23
cefadroxil.....	11	claravis.....	73
cefazolin sodium.....	11	CLARITHROMYCIN.....	14
cefdinir.....	11	clarithromycin.....	14
CEFEPIME HCL.....	11	clarithromycin er.....	14
cefixime.....	11	clindamycin hcl.....	9

clindamycin palmitate hcl.....	9	CORTIFOAM.....	80
clindamycin phos-benzoyl perox.....	73	CORTISONE ACETATE.....	100
clindamycin phosphate.....	9,74	CORTISPORIN-TC.....	135
clindamycin phosphate in d5w.....	9	CORTROPHIN.....	100
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL.....	9	COSENTYX.....	103
clobazam.....	19	COSENTYX (300 MG DOSE).....	103
clobetasol prop emollient base.....	74	COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	103
clobetasol propionate.....	74	COSENTYX SENSOREADY PEN.....	103
clobetasol propionate e.....	74	COSENTYX UNOREADY.....	104
clomipramine hcl.....	24	COTELLIC.....	36
clonazepam.....	6	CREON.....	132
clonidine.....	61	cromolyn sodium.....	83,110,130
clonidine hcl.....	61	cryselle-28.....	92
clopidogrel bisulfate.....	88	CVS ALCOHOL PREP PADS.....	123
clorazepate dipotassium.....	6	cvs isopropyl alcohol wipes.....	76
clotrimazole.....	27	cyclafem 1/35.....	92
clotrimazole-betamethasone.....	76	cyclafem 7/7/7.....	92
clovique.....	77	cyclobenzaprine hcl.....	110
clozapine.....	50,51	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	31
COARTEM.....	47	cyclosporine.....	105
COBENFY.....	49	cyclosporine modified.....	105
COBENFY STARTER PACK.....	49	cyproheptadine hcl.....	128
CODEINE SULFATE.....	1	cyred.....	92
codeine sulfate.....	1	cyred eq.....	92
colchicine.....	28	CYSTAGON.....	133
colchicine-probenecid.....	28	CYSTARAN.....	133
colesevelam hcl.....	69		
colestipol hcl.....	69	D	
colistimethate sodium (cba).....	9	dabigatran etexilate mesylate.....	85
COMBIVENT RESPIMAT.....	131	dalfampridine er.....	119
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	36	danazol.....	90
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	36	dantrolene sodium.....	27
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	36	dapsone.....	30
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	123	DAPTACEL.....	107
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	123	daptomycin.....	9
COMPLERA.....	57	darunavir.....	56
compro.....	25	dasatinib.....	36
constulose.....	82	dasetta 1/35.....	92
COPIKTRA.....	36	dasetta 7/7/7.....	92
CORLANOR.....	67	DAURISMO.....	37

daysee.....	92	dicloxacillin sodium.....	13
deblitane.....	98	dicyclomine hcl.....	82
decadron.....	100	DIFICID.....	14
deferasirox.....	77	diflunisal.....	4
DELSTRIGO.....	57	difluprednate.....	111
delyla.....	92	digitek.....	62
DENGVAXIA.....	107	digox.....	62
DEPO-ESTRADIOL.....	92	digoxin.....	62
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	98	dihydroergotamine mesylate.....	29
depo-testosterone.....	90	dilt-xr.....	64
DERMOTIC.....	135	diltiazem hcl.....	65
DESCOVY.....	58	diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule.....	65
desipramine hcl.....	24	diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule.....	65
desmopressin ace spray refrig.....	89	diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule.....	65
desmopressin acetate.....	89	diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule.....	65
desmopressin acetate pf.....	90	diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule.....	65
desogestrel-ethinyl estradiol.....	92	diltiazem hcl er.....	65
desonide.....	74	diltiazem hcl er beads.....	65
desoximetasone.....	74	dimethyl fumarate.....	119
desvenlafaxine succinate er.....	23	dimethyl fumarate starter pack.....	119
dexamethasone.....	100	DIPENTUM.....	80
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID... 100	100	diphenoxylate-atropine.....	82
dexamethasone sod phosphate pf..... 100	100	DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	82
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	100,111	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT... 108	108
dexmethylphenidate hcl.....	121	dipyridamole.....	88
dextroamphetamine sulfate.....	120	disulfiram.....	8
dextrose.....	78	divalproex sodium.....	16
dextrose in lactated ringers.....	78	divalproex sodium er.....	16
DEXTROSE-NACL.....	78	dofetilide.....	62
dextrose-sodium chloride.....	78	donepezil hcl.....	21
DIACOMIT.....	16	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg.....	21
diazepam.....	6,7,19	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg.....	21
DIAZEPAM.....	19	dorzolamide hcl.....	112
diazepam intensol.....	7		
diazoxide.....	117		
diclofenac potassium.....	4		
diclofenac sodium.....	4,111		
diclofenac sodium er.....	4		

dorzolamide hcl-timolol mal	113
dorzolamide hcl-timolol mal pf	113
dotti	92
DOVATO	56
doxazosin mesylate	63
doxepin hcl	24
doxercalciferol	81
doxy 100	15
doxycycline hyclate	15
doxycycline monohydrate	15
DRIZALMA SPRINKLE	119
dronabinol	26
DROPLET MICRON	123
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE	123
drosiprenone-ethinyl estradiol	92
DROXIA	133
droxidopa	61
duloxetine hcl	119
DUPIXENT	104
dutasteride	85
dutasteride-tamsulosin hcl	85

E

e.e.s. 400	14
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	123
EASY COMFORT PEN NEEDLES	123
ec-naproxen	4
econazole nitrate	27
EDURANT	57
EFAVIRENZ	57
efavirenz	57
efavirenz-emtricitab-tenofo df	57
efavirenz-lamivudine-tenofovir	57
ELAPRASE	133
elinest	92
ELIQUIS	85
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	85
eluryng	92
EMBECTA AUTOSHIELD DUO	123
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT	123

EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100	123
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F	124
EMBECTA PEN NEEDLE NANO	124
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN	124
EMBECTA PEN NEEDLE U/F	124
EMBRACE PEN NEEDLES	124
emoquette	92
EMSAM	22
emtricitabine	58
emtricitabine-tenofovir df	58
EMTRIVA	58
emzahn	99
enalapril maleate	71
enalapril-hydrochlorothiazide	67
ENBREL	105
ENBREL MINI	105
ENBREL SURECLICK	105
endocet	1
ENGERIX-B	108
enilloring	92
enoxaparin sodium	85,86
enpresse-28	92
enskyce	92
entacapone	49
entecavir	55
ENTRESTO	67
enulose	82
ENVARSUS XR	105
EPIDIOLEX	16
epinephrine	130
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	130
epitol	18
EPIVIR HBV	55
eplerenone	70
EPRONTIA	16
ERGOLOID MESYLATES	21
ERIVEDGE	37
ERLEADA	31
erlotinib hcl	37

errin	99	femynor	93
ertapenem sodium	13	fenofibrate	68
ERY	74	fenofibrate micronized	68
erythrocin lactobionate	14	fenofibric acid	69
erythromycin	74,110	fentanyl	3
erythromycin base	14	FETZIMA	23
erythromycin ethylsuccinate	14	FETZIMA TITRATION	23
erythromycin lactobionate	14	finasteride	85
escitalopram oxalate	23	fingolimod hcl	119
esomeprazole magnesium	83	FINTEPLA	16
estarylla	92	FIRMAGON	88
estradiol	92,93	FIRMAGON (240 MG DOSE)	88
estradiol valerate	93	flavoxate hcl	84
ESTRING	93	flecainide acetate	62
eszopiclone	133	fluconazole	27
ethambutol hcl	30	fluconazole in sodium chloride	27
ethosuximide	20	flucytosine	27
ethynodiol diac-eth estradiol	93	fludrocortisone acetate	100
etodolac	4	flunisolide	131
etodolac er	4	fluocinolone acetonide	74
etonogestrel-ethinyl estradiol	93	fluocinolone acetonide body	75
etravirine	57	fluocinolone acetonide scalp	75
euthyrox	101	fluocinonide	75
everolimus	37,106	fluocinonide emulsified base	75
EVOTAZ	56	fluorometholone	111
exemestane	35	fluorouracil	76
ezetimibe	69	fluoxetine hcl	23
ezetimibe-simvastatin	69	FLUOXETINE HCL	23
F		fluphenazine decanoate	50
falmina	93	FLUPHENAZINE HCL	50
famciclovir	55	FLURBIPROFEN	4
famotidine	82	FLURBIPROFEN SODIUM	111
FANAPT	51	FLUTAMIDE	31
FANAPT TITRATION PACK	51	fluticasone propionate	75,132
FARXIGA	71	fluticasone-salmeterol	132
febuxostat	28	FLUTICASONE-SALMETEROL	132
feirza 1.5/30	93	fluvastatin sodium	69
felbamate	16	fluvastatin sodium er	69
felodipine er	64	flvoxamine maleate	23
		FML	111

FML FORTE	111
fondaparinux sodium	86
fosamprenavir calcium	56
fosinopril sodium	71
fosinopril sodium-hctz	67
FOTIVDA	37
FRUZAQLA	33
fulvestrant	32
furosemide	70
FUROSEMIDE	70
FUZEON	59
fyavolv	93
FYCOMPA	16

G

gabapentin	19
galantamine hydrobromide	21
GALANTAMINE HYDROBROMIDE	21
galantamine hydrobromide er	21
gallifrey	99
GAMUNEX-C	103
GARDASIL 9	108
gauze pads 2	124
GAVILYTE-C	83
gavilyte-g	83
gavilyte-n with flavor pack	82
GAVRETO	37
gefitinib	37
gemfibrozil	69
GEMTESA	84
generlac	82
gengraf	106
GENTAK	110
gentamicin sulfate	8,110
GENVOYA	56
GILOTRIF	37
glatiramer acetate	119
glatopa	119
GLEOSTINE	31
glimepiride	114

glipizide	114
glipizide er	114
glipizide xl	114
glipizide-metformin hcl	114
GLUCAGEN HYPOKIT	117
glucagon emergency	117
GLUCAGON EMERGENCY	117
glyburide	114
GLYBURIDE MICRONIZED	114
glyburide-metformin	115
glycopyrrolate	82
GLYXAMBI	115
GNP PEN NEEDLES	124
GOLYTELY	83
granisetron hcl	26
griseofulvin microsize	27
griseofulvin ultramicrosize	27
guanfacine hcl	61
guanfacine hcl er	121

H

HADLIMA	106
HADLIMA PUSHTOUCH	106
HAEGARDA	102
hailey 1.5/30	93
hailey fe 1.5/30	93
hailey fe 1/20	93
halobetasol propionate	75
haloette	93
haloperidol	50
haloperidol decanoate	50
haloperidol lactate	50
HAVRIX	108
heather	99
HEMADY	34
heparin sodium (porcine)	86
heparin sodium (porcine) pf	86
HEPLISAV-B	108
HIBERIX	108
HIZENTRA	103

HUMALOG	117	imipramine hcl	25
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	117	imiquimod	76
HUMALOG KWIKPEN	117	IMKELDI	38
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	117	IMOVAX RABIES	108
HUMALOG MIX 75/25	117	incassia	99
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	117	INCRELEX	90
HUMULIN 70/30	117	INCRUSE ELLIPTA	129
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	117	indapamide	71
HUMULIN N	117	indomethacin	4
HUMULIN N KWIKPEN	117	indomethacin er	4
HUMULIN R	117	INFANRIX	108
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	118	INLYTA	38
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	118	INQOVI	33
hydralazine hcl	72	INREBIC	38
hydrochlorothiazide	71	INSULIN LISPRO	118
hydrocodone-acetaminophen	1	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL)	118
hydrocortisone	75,80	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	118
hydrocortisone (perianal)	75	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO	118
hydrocortisone butyrate	75	INSULIN PEN NEEDLES	124
hydrocortisone-acetic acid	135	INSULIN PEN NEEDLES	124
hydromorphone hcl	1	INSULIN SYRINGE 0.3 ML	124
hydroxychloroquine sulfate	47	INSULIN SYRINGE 0.5 ML	124
hydroxyurea	33	INSULIN SYRINGE 1 ML	124
hydroxyzine hcl	128	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	125
hydroxyzine pamoate	128	INSUPEN PEN NEEDLES	125
		INTELENCE	58
		INTRALIPID	125
ibandronate sodium	81	introvale	93
IBRANCE	37	INVEGA HAFYERA	51,52
ibu	4	INVEGA SUSTENNA	52
ibuprofen	4	INVEGA TRINZA	52
icatibant acetate	102	IPOL	108
iclevia	93	ipratropium bromide	129
ICLUSIG	37	ipratropium-albuterol	132
icosapent ethyl	69,70	irbesartan	62
IDHIFA	38	irbesartan-hydrochlorothiazide	67
ILEVRO	111	ISENTRESS	56
imatinib mesylate	38	ISENTRESS HD	56
IMBRUVICA	38	isibloom	93
imipenem-cilastatin	13	isoniazid	30

isopropyl alcohol	76
isopropyl alcohol wipes	76
isosorb dinitrate-hydralazine	67
isosorbide dinitrate	72
isosorbide mononitrate	72
isosorbide mononitrate er	72
isotretinoin	73
isradipine	64
ITOVEBI	38
itraconazole	28
ivabradine hcl	67
ivermectin	47
IWILFIN	33
IXCHIQ	108
IXIARO	108

J

jaimiess	93
JAKAFI	38
jantoven	86
JANUMET	115
JANUMET XR	115
JANUVIA	115
JARDIANCE	71
jasmiel	93
JAYPIRCA	38
jencycla	99
JENTADUETO	115
JENTADUETO XR	115
jinteli	93
jolessa	93
joyeaux	94
juleber	94
JULUCA	56
junel 1.5/30	94
junel 1/20	94
junel fe 1.5/30	94
junel fe 1/20	94
JYNNEOS	108

K

kalliga	94
KALYDECO	130
kariva	94
kcl in dextrose-nacl	78
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	78
kelnor 1/35	94
kelnor 1/50	94
KEPIVANCE	61
KERENDIA	115
ketoconazole	28
ketorolac tromethamine	111
KINRIX	108
kionex	77
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	78
klor-con 10	78
klor-con m10	78
klor-con m15	78
klor-con m20	78
KOSELUGO	39
kourzeq	61
KRAZATI	39
kurvelo	94

L

l-glutamine	133
labetalol hcl	63
lacosamide	18
lactated ringers	78,125
lactulose	82
lactulose encephalopathy	82
lamivudine	55,58
lamivudine-zidovudine	58

lamotrigine.....	16	levonorg-eth estrad triphasic.....	94
lansoprazole.....	83	levonorgest-eth estrad 91-day.....	94
LANTUS.....	118	levonorgest-eth estradiol-iron.....	94
LANTUS SOLOSTAR.....	118	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	94
lapatinib ditosylate.....	39	levora 0.15/30 (28).....	95
larin 1.5/30.....	94	levothyroxine sodium.....	101
larin 1/20.....	94	levoxyl.....	101
larin fe 1.5/30.....	94	LEXIVA.....	56
larin fe 1/20.....	94	LIBERVANT.....	19
larissia.....	94	lidocaine.....	5
latanoprost.....	112	lidocaine hcl.....	5
LAZCLUZE.....	34	lidocaine viscous hcl.....	5
leena.....	94	lidocaine-prilocaine.....	5
leflunomide.....	106	lidocan.....	5
lenalidomide.....	32	LILETTA (52 MG).....	99
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	39	lillow.....	95
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	39	lincomycin hcl.....	9
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	39	linezolid.....	9
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	40	LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	9
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	40	LINZESS.....	83
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	40	liothyronine sodium.....	101
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	40	lisdexamfetamine dimesylate.....	121
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	40	lisinopril.....	71
lessina.....	94	lisinopril-hydrochlorothiazide.....	67
letrozole.....	35	lithium.....	60
leucovorin calcium.....	33	lithium carbonate.....	60
LEUKERAN.....	31	lithium carbonate er.....	60
leuprolide acetate.....	88	LIVTENCITY.....	54
levabuterol hcl.....	130	lo-zumandimine.....	95
LEVALBUTEROL TARTRATE.....	130	loestrin 1.5/30 (21).....	95
levetiracetam.....	16	loestrin 1/20 (21).....	95
levetiracetam er.....	17	loestrin fe 1.5/30.....	95
levo-t.....	101	loestrin fe 1/20.....	95
LEVOBUNOLOL HCL.....	112	lojaimiess.....	95
levocarnitine.....	133	LOKELMA.....	77
levocetirizine dihydrochloride.....	128	LONSURF.....	34
levofloxacin.....	14	loperamide hcl.....	82
LEVOFLOXACIN.....	111	lopinavir-ritonavir.....	56,57
levofloxacin in d5w.....	15	lorazepam.....	7
levonest.....	94	lorazepam intensol.....	7

LORBRENA.....	40	medroxyprogesterone acetate.....	99
loryna.....	95	mefloquine hcl.....	47
losartan potassium.....	62	megestrol acetate.....	99
losartan potassium-hctz.....	67	MEKINIST.....	41
loteprednol etabonate.....	111	MEKTOVI.....	41
lovastatin.....	69	meloxicam.....	4
low-ogestrel.....	95	memantine hcl.....	21
loxapine succinate.....	50	memantine hcl er.....	21
lubiprostone.....	83	MENACTRA.....	108
LUMAKRAS.....	40	MENEST.....	95
LUMIGAN.....	112	MENQUADFI.....	108
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	88	MENVEO.....	108
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	88	meprobamate.....	6
LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	88	mercaptopurine.....	33
LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	88	meropenem.....	13
lurasidone hcl.....	52	MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	13
lutea.....	95	mesalamine.....	80
LYBALVI.....	22	mesalamine er.....	80
lyleq.....	99	mesna.....	34
lyllana.....	95	metformin hcl.....	115
LYNPARZA.....	40	metformin hcl er.....	115
LYSODREN.....	34	methadone hcl.....	3
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	40	methazolamide.....	112
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	40	methenamine hippurate.....	10
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	40	methergine.....	125
lyza.....	99	methimazole.....	102
		methocarbamol.....	110
M		METHOTREXATE SODIUM.....	106
M-M-R II.....	108	methotrexate sodium.....	106
magnesium sulfate.....	78	methotrexate sodium (pf).....	106
malathion.....	77	methoxsalen rapid.....	76
maraviroc.....	59	methscopolamine bromide.....	82
marlissa.....	95	methsuximide.....	20
MARPLAN.....	23	methyldopa.....	61
MATULANE.....	31	METHYLDOPA-	
matzim la.....	65	HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	67
MAVYRET.....	55	methylergonovine maleate.....	125
MAXIDEX.....	111	methylphenidate hcl.....	121
meclizine hcl.....	25	methylphenidate hcl er.....	121
medpura alcohol pads.....	76	methylprednisolone.....	100

methylprednisolone acetate	100
methylprednisolone sodium succ	100
metoclopramide hcl	25
metolazone	71
metoprolol succinate er	63
metoprolol tartrate	63
metoprolol-hydrochlorothiazide	67
metronidazole	10
metyrosine	67
mexiletine hcl	62
micafungin sodium	28
MICONAZOLE 3	28
microgestin 1.5/30	95
microgestin 1/20	95
microgestin fe 1.5/30	95
microgestin fe 1/20	95
midodrine hcl	61
mifepristone	89
MIGERGOT	29
miglitol	115
mili	95
minitran	72
minocycline hcl	15
minoxidil	72
minzoya	95
mirtazapine	22
misoprostol	84
modafinil	134
moexipril hcl	71
MOLINDONE HCL	50
mometasone furoate	75
mondoxyne nl	15
mono-linyah	95
montelukast sodium	129
morgidox	15
morphine sulfate	2
morphine sulfate (concentrate)	2
morphine sulfate er	3
MOUNJARO	115
MOVANTIK	83

moxifloxacin hcl	15,111
MOXIFLOXACIN HCL	15
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY)	111
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL	15
MRESVIA	108
MULTAQ	62
mupirocin	74
mycophenolate mofetil	106
mycophenolate mofetil hcl	106
mycophenolate sodium	106
mycophenolic acid	106
myorisan	73
MYRBETRIQ	84

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf	83
nabumetone	4
nadolol	63
nafcillin sodium	13
nafrinse	78
NAGLAZYME	133
naloxone hcl	8
naltrexone hcl	8
naproxen	5
naproxen dr	5
naproxen sodium	5
naratriptan hcl	29
NATACYN	111
nateglinide	115
NAYZILAM	5
nebivolol hcl	64
necon 0.5/35 (28)	95
NEFAZODONE HCL	23
neo-polycin	113
neo-polycin hc	113
neomycin sulfate	8
neomycin-bacitracin zn-polymyx	113
neomycin-polymyxin-dexameth	113
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	113
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC	113

neomycin-polymyxin-hc.....	135	NORMOSOL-M IN D5W.....	78
NERLYNX.....	41	nortrel 0.5/35 (28).....	96
nevirapine.....	58	nortrel 1/35 (21).....	96
NEVIRAPINE.....	58	nortrel 1/35 (28).....	96
NEVIRAPINE ER.....	58	nortrel 7/7/7.....	96
nevirapine er.....	58	nortriptyline hcl.....	25
NEXPLANON.....	99	NORVIR.....	57
NIACIN (ANTIHYPERTENSIVE).....	70	NovoFine 32G X 6 MM MISC.....	125
niacin er (antihyperlipidemic).....	70	NovoTwist 32G X 5 MM MISC.....	125
NIACOR.....	70	NUBEQA.....	32
nicardipine hcl.....	64	NULYTELY LEMON-LIME.....	83
NICOTROL.....	7	NUPLAZID.....	52
NICOTROL NS.....	7	NURTEC.....	29
nifedipine.....	64	NUTRILIPID.....	125
nifedipine er.....	64	nylia 1/35.....	96
nifedipine er osmotic release.....	64	nylia 7/7/7.....	96
nikki.....	96	NYMALIZE.....	64
nilutamide.....	31	nymyo.....	96
nimodipine.....	64	nystatin.....	28
NINLARO.....	41	nystatin-triamcinolone.....	76
nitazoxanide.....	47	NYVEPRIA.....	87
nitisinone.....	133		
NITRO-BID.....	72		
nitrofurantoin macrocrystal.....	10	ocella.....	96
nitrofurantoin monohyd macro.....	10	octreotide acetate.....	89
nitroglycerin.....	72	OCTREOTIDE ACETATE.....	89
NITROSTAT.....	72	ODEFSEY.....	58
NIZATIDINE.....	82	ODOMZO.....	41
nora-be.....	99	OFEV.....	130
norelgestromin-eth estradiol.....	96	ofloxacin.....	111,135
norethin ace-eth estrad-fe.....	96	OGSIVEO.....	41
norethin-eth estradiol-fe.....	96	OJEMDA.....	41
norethindrone.....	99	OJJAARA.....	34
norethindrone acet-ethinyl est.....	96	olanzapine.....	52,53
norethindrone acetate.....	99	olmesartan medoxomil.....	62
norethindrone-eth estradiol.....	96	olmesartan medoxomil-hctz.....	67
norgestim-eth estrad triphasic.....	96	olmesartan-amlodipine-hctz.....	68
norgestimate-eth estradiol.....	96	omega-3-acid ethyl esters.....	70
norlyda.....	99	omeprazole.....	84
norlyroc.....	99	OMNITROPE.....	83,90

ondansetron	26	PEMAZYRE	41
ONDANSETRON HCL	26	PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP	125
ondansetron hcl	26	PEN NEEDLES	125
ONUREG	33	PENBRAYA	125
OPSUMIT	128	penicillamine	85
OPVEE	125	penicillin g potassium	13
oralone	61	PENICILLIN G SODIUM	13
ORGOVYX	89	penicillin v potassium	13
ORSERDU	32	PENTACEL	109
orsythia	96	pentamidine isethionate	47
oseltamivir phosphate	54,55	pentoxifylline er	68
OSPHENA	98	perindopril erbumine	71
OTEZLA	76,104	periogard	61
oxaprozin	5	permethrin	77
oxcarbazepine	18	perphenazine	25
oxybutynin chloride	84	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	22
oxybutynin chloride er	84	PERSERIS	53
oxycodone hcl	2	pfizerpen	13
oxycodone-acetaminophen	2	phenelzine sulfate	23
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN	2	phenobarbital	19
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	115	phenytek	18
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	116	phenytoin	18
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	116	phenytoin infatabs	18
		phenytoin sodium extended	18
P		philith	96
pacerone	62	PIFELTRO	58
paliperidone er	53	pilocarpine hcl	61,112
PANRETIN	46	PIMOZIDE	50
pantoprazole sodium	84	pimtrea	96
paricalcitol	81	pindolol	64
paroxetine hcl	23,24	pioglitazone hcl	116
paroxetine hcl er	24	pioglitazone hcl-glimepiride	116
PAXLOVID (150/100)	60	pioglitazone hcl-metformin hcl	116
PAXLOVID (300/100)	60	piperacillin sod-tazobactam so	13
pazopanib hcl	41	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	42
PEDIARIX	108	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	42
PEDVAX HIB	108	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	42
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	83	pirfenidone	130
peg-3350/electrolytes	83	PIRFENIDONE	130
PEGASYS	103	pirmella 1/35	96

pirmella 7/7/7	96	PRIORIX	109
piroxicam	5	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE	125
PLENVU	83	probenecid	29
podofilox	76	prochlorperazine	25
polycin	113	prochlorperazine maleate	25
polymyxin b sulfate	10	procto-med hc	75
polymyxin b-trimethoprim	111	procto-pak	75
POMALYST	32	proctosol hc	75
portia-28	97	proctozone-hc	75
posaconazole	28	progesterone	99
potassium chloride	78	PROGRAF	106
potassium chloride crys er	79	PROLASTIN-C	133
potassium chloride er	79	PROLIA	81
potassium chloride in dextrose	79	PROMACTA	87
potassium chloride in nacl	79	promethazine hcl	25,128
potassium citrate er	79	propafenone hcl	62
pramipexole dihydrochloride	48	propranolol hcl	64
prasugrel hcl	88	PROPRANOLOL HCL	64
pravastatin sodium	69	propranolol hcl er	64
praziquantel	47	PROPRANOLOL-HCTZ	68
prazosin hcl	63	propylthiouracil	102
prednisolone	100	PROQUAD	109
prednisolone acetate	111	protriptyline hcl	25
prednisolone sodium phosphate	100	PULMICORT FLEXHALER	128
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	112	PULMOZYME	130
prednisone	101	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	125
PREDNISONE INTENSOL	101	PURIXAN	33
pregabalin	119	pyrazinamide	30
PREMARIN	97	pyridostigmine bromide	30
PREMASOL	79	pyridostigmine bromide er	30
premium lidocaine	5	pyrimethamine	48
prenatal vitamins	79		
prevalite	70	Q	
previfem	97	qc alcohol	76
PREVYMIS	54	QINLOCK	34
PREZCOBIX	57	QUADRACEL	109
PREZISTA	57	quetiapine fumarate	53
PRIFTIN	30	quetiapine fumarate er	53
primaquine phosphate	47	QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	126
primidone	19	quinapril hcl	71

quinapril-hydrochlorothiazide.....	68
quinidine sulfate.....	62
quinine sulfate.....	48

R

ra isopropyl alcohol wipes.....	76
RABAVERT.....	109
rabeprazole sodium.....	84
raloxifene hcl.....	98
ramelteon.....	133
ramipril.....	71
ranolazine er.....	68
rasagiline mesylate.....	49
reclipsen.....	97
RECOMBIVAX HB.....	109
relafen.....	5
RELENZA DISKHALER.....	55
repaglinide.....	116
REPATHA.....	70
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	70
REPATHA SURECLICK.....	70
RESTASIS.....	113
RESTASIS MULTIDOSE.....	113
RETACRIT.....	87
RETEVMO.....	42
REVLIMID.....	32
REVUFORJ.....	42
REXULTI.....	53
REYATAZ.....	57
REZLIDHIA.....	42
REZUROCK.....	104
RHOPRESSA.....	113
ribavirin.....	55
rifabutin.....	30
rifampin.....	30
riluzole.....	120
RIMANTADINE HCL.....	55
ringers.....	79
ringers irrigation.....	126
RINVOQ.....	104

RINVOQ LQ.....	104
risedronate sodium.....	81
risperidone.....	53
risperidone microspheres er.....	53
ritonavir.....	57
rivastigmine.....	21
rivastigmine tartrate.....	21
rizatriptan benzoate.....	29
ROCKLATAN.....	114
roflumilast.....	131
ropinirole hcl.....	48
ropinirole hcl er.....	48
rosadan.....	10
rosuvastatin calcium.....	69
ROTARIX.....	109
ROTATEQ.....	109
roweepra.....	17
ROZLYTREK.....	42
RUBRACA.....	42
rufinamide.....	18
RUKOBIA.....	59
RYBELSUS.....	116
RYDAPT.....	42

S

sajazir.....	102
SANDIMMUNE.....	106
SANTYL.....	76
sapropterin dihydrochloride.....	133
SCSEMBLIX.....	42,43
scopolamine.....	25
SECUADO.....	53
SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	126
selegiline hcl.....	49
selenium sulfide.....	75
SELZENTRY.....	59
SEREVENT DISKUS.....	130
sertraline hcl.....	24
setlakin.....	97
sharobel.....	99

SHINGRIX.....	109	ssd.....	77
SIGNIFOR.....	89	STAVUDINE.....	59
sildenafil citrate.....	128	STELARA.....	104
SILIGENTLE FOAM DRESSING.....	126	sterile water for irrigation.....	126
silodosin.....	85	STIOLTO RESPIMAT.....	132
silver sulfadiazine.....	76	STIVARGA.....	43
SIMBRINZA.....	113	STREPTOMYCIN SULFATE.....	8
SIMLANDI (1 PEN).....	107	STRIBILD.....	56
SIMLANDI (1 SYRINGE).....	107	subvenite.....	17
SIMLANDI (2 PEN).....	107	sucrafate.....	84
SIMLANDI (2 SYRINGE).....	107	sulfacetamide sodium.....	111
simliya.....	97	sulfacetamide sodium (acne).....	73
simpesse.....	97	SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	114
simvastatin.....	69	sulfadiazine.....	15
sirolimus.....	107	sulfamethoxazole-trimethoprim.....	15
SIRTURO.....	31	sulfasalazine.....	80
SKYRIZI.....	104	sulindac.....	5
SKYRIZI (150 MG DOSE).....	104	sumatriptan.....	29
SKYRIZI PEN.....	104	sumatriptan succinate.....	29
SMOFLIPID.....	126	sumatriptan succinate refill.....	29
sodium chloride.....	79	sunitinib malate.....	43
sodium chloride (pf).....	79	SUNLENCA.....	59,60
sodium fluoride.....	79	SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	126
SODIUM OXYBATE.....	134	syeda.....	97
sodium phenylbutyrate.....	133	SYMPAZAN.....	19
sodium polystyrene sulfonate.....	77	SYMTUZA.....	57
solifenacin succinate.....	84	SYNAREL.....	89
SOLTAMOX.....	32	SYNJARDY.....	116
SOMAVERT.....	89	SYNJARDY XR.....	116
sorafenib tosylate.....	43	SYNRIBO.....	43
sorine.....	63	SYNTHROID.....	102
sotalol hcl.....	63		
sotalol hcl (af).....	63	T	
SPIRIVA RESPIMAT.....	129	TABLOID.....	33
spironolactone.....	70	TABRECTA.....	43
spironolactone-hctz.....	68	tacrolimus.....	75,107
sprintec 28.....	97	tadalafil.....	85
SPRITAM.....	17	tadalafil (pah).....	128
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF).....	77	TAFINLAR.....	43
sronyx.....	97	TAGRISSO.....	43

TALZENNA.....	43	TICOVAC.....	109
tamoxifen citrate.....	32	tigecycline.....	10
tamsulosin hcl.....	85	timolol maleate.....	64,112
tarina fe 1/20.....	97	tinidazole.....	10
tarina fe 1/20 eq.....	97	tiotropium bromide monohydrate.....	129
TASIGNA.....	43	tis-u-sol.....	126
tasimelteon.....	134	TIVICAY.....	56
tazarotene.....	73	TIVICAY PD.....	56
TAZICEF.....	12	tizanidine hcl.....	27
taztia xt.....	65	tobramycin.....	111,130,131
TAZVERIK.....	43	tobramycin sulfate.....	9
TDVAX.....	109	tobramycin-dexamethasone.....	114
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	126	TOLAK.....	77
TEFLARO.....	12	tolterodine tartrate.....	84
telmisartan.....	62	tolterodine tartrate er.....	85
telmisartan-amlodipine.....	68	topiramate.....	17
telmisartan-hctz.....	68	TOPIRAMATE.....	17
temazepam.....	134	toremifene citrate.....	33
TEMIXYS.....	59	toremide.....	70
TENIVAC.....	109	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	118
tenofovir disoproxil fumarate.....	59	TOUJEO SOLOSTAR.....	118
TEPMETKO.....	44	TPN ELECTROLYTES.....	79
terazosin hcl.....	63	TRACLEER.....	128
terbinafine hcl.....	28	TRADJENTA.....	116
terconazole.....	28	tramadol hcl.....	2
teriflunomide.....	119	tramadol hcl er.....	3
TERIPARATIDE (RECOMBINANT).....	81	tramadol-acetaminophen.....	2
testosterone.....	90	trandolapril.....	71
testosterone cypionate.....	90	TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	68
TESTOSTERONE ENANTHATE.....	90	tranexamic acid.....	88
tetrabenazine.....	120	tranylcypromine sulfate.....	23
tetracycline hcl.....	15	travoprost (bak free).....	112
THALOMID.....	32	trazodone hcl.....	24
theophylline er.....	131	TRECATOR.....	31
thioridazine hcl.....	50	TRELEGY ELLIPTA.....	132
thiotepa.....	31	TRELSTAR MIXJECT.....	89
thiothixene.....	50	TRESIBA.....	118
tiadylt er.....	65	TRESIBA FLEXTOUCH.....	118
tiagabine hcl.....	19	tretinoin.....	46,73
TIBSOVO.....	44	TREXALL.....	107

tri femynor	97
tri-estarylla	97
tri-linyah	97
tri-mili	97
tri-nymyo	97
tri-previfem	97
tri-sprintec	97
tri-vylibra	97
triamcinolone acetonide	61,75
triamterene-hctz	68
triazolam	134
triderm	75
trientine hcl	77
TRIENTINE HCL	77
trifluoperazine hcl	50
TRIFLURIDINE	111
trihexyphenidyl hcl	48
TRIKAFTA	131
trimethoprim	10
trimipramine maleate	25
TRINTELLIX	24
TRIUMEQ	59
TRIUMEQ PD	59
trivora (28)	98
TRIZIVIR	59
tropium chloride	85
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	126
TRUE COMFORT PEN NEEDLES	126
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	126
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	126
TRULICITY	116
TRUMENBA	109
TRUQAP	44
TUKYSA	44
tulana	99
TURALIO	44
turqoz	98
TWINRIX	109
TYBOST	60
TYMLOS	81

TYPHIM VI	109
-----------	-----

U

UBRELVY	30
UDENYCA	87
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE	126
UNIFINE OTC PEN NEEDLES	127
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	127
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	127
unithroid	102
ursodiol	83

V

valacyclovir hcl	55
VALCHLOR	77
valganciclovir hcl	54
valproate sodium	17
valproic acid	17
valsartan	62
valsartan-hydrochlorothiazide	68
VALTOCO 10 MG DOSE	20
VALTOCO 15 MG DOSE	20
VALTOCO 20 MG DOSE	20
VALTOCO 5 MG DOSE	20
valtya 1/50	98
vanadom	110
vancomycin hcl	10
VANDAZOLE	10
VANFLYTA	44
VAQTA	109
varenicline tartrate	7
varenicline tartrate (starter)	7
varenicline tartrate(continue)	7
VARIVAX	109
VAXCHORA	110
VELIVET	98
VENCLEXTA	44
VENCLEXTA STARTING PACK	44
venlafaxine hcl	24
venlafaxine hcl er	24

VEOZAH.....	120
verapamil hcl.....	65
VERAPAMIL HCL ER.....	65
verapamil hcl er.....	66
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	127
VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	127
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	127
VERQUVO.....	68
VERSACLOZ.....	51
VERZENIO.....	44
vestura.....	98
vienna.....	98
vigabatrin.....	20
vigadrone.....	20
VIGAFYDE.....	20
vigpoder.....	20
vilazodone hcl.....	24
VIMKUNYA.....	110
viorele.....	98
VIRACEPT.....	57
VIREAD.....	59
VITRAKVI.....	45
VIZIMPRO.....	45
volnea.....	98
VONJO.....	34
VORANIGO.....	45
voriconazole.....	28
VOWST.....	127
VRAYLAR.....	53,54
vyfemla.....	98
vylibra.....	98
VYZULTA.....	112

W

warfarin sodium.....	86
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE.....	127
WELIREG.....	34
wera.....	98
wixela inhub.....	132
wymzya fe.....	98

X

XALKORI.....	45
XARELTO.....	86
XARELTO STARTER PACK.....	86
XATMEP.....	107
XCOPRI.....	17,18
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	18
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	18
XDEMVY.....	114
XELJANZ.....	105
XELJANZ XR.....	105
XERMELO.....	82
XGEVA.....	81
XIFAXAN.....	10
XIGDUO XR.....	116
XIIDRA.....	114
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	55
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	55
XOLAIR.....	105
XOSPATA.....	45
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	45
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	45
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	45
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	45
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	46
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	46
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	46
XTANDI.....	32
xulane.....	98

Y

YF-VAX.....	110
yuvafem.....	98

Z

zafemy.....	98
zafirlukast.....	129
zaleplon.....	134
ZARXIO.....	87

ZEJULA.....	46
ZELBORAF.....	46
zenatane.....	73
zidovudine.....	59
ziprasidone hcl.....	54
ziprasidone mesylate.....	54
ZIRGAN.....	111
zoledronic acid.....	81
ZOLINZA.....	34
zolmitriptan.....	29
zolpidem tartrate.....	134
zolpidem tartrate er.....	134
ZONISADE.....	19
zonisamide.....	19
zovia 1/35 (28).....	98
zovia 1/35e (28).....	98
ZTALMY.....	20
zumandimine.....	98
ZURZUVAE.....	22
ZYDELIG.....	46
ZYKADIA.....	46
ZYLET.....	114
ZYPREXA RELPREVV.....	54

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.....	26
ANTIFÚNGICOS.....	27
ANTIGOTOSOS.....	28
ANTIJAQUECOSOS.....	29
ANTIMIASTÉNICOS.....	30
ANTIMICOBACTERIANOS.....	30
ANTINEOPLÁSICOS.....	31
ANTIPARASITARIOS.....	47
ANTIPARKINSONIANOS.....	48
ANTIPSIKÓTICOS.....	49
ANTIVÍRICOS.....	54
BIPOLARES.....	60
BUCODENTALES.....	60
CARDIOVASCULARES.....	61
DERMATOLÓGICOS.....	72
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS.....	77
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA.....	79
ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA.....	80
GASTROINTESTINALES.....	81
GENITOURINARIOS.....	84
HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES.....	85
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY).....	88
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS).....	89
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HORMONAS.....	

SEXUALES/MODIFICADORES).....	90
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES).....	100
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS).....	101
HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS).....	102
INMUNOLÓGICOS.....	102
MIORRELAJANTES.....	110
OFTÁLMICOS.....	110
REGULADORES DE LA GLUCEMIA.....	114
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL.....	118
TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS.....	121
TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL.....	127
TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO.....	132
TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS.....	133
ÓTICOS.....	134



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

Blue Shield of California da lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

Multi-Language Insert Multi-Language Interpreter Services

English We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-452-4413. 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 យើងមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់

សេវាកម្មនេះឥតគិតថ្លៃទេ។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។
សេវាកម្មនេះឥតគិតថ្លៃទេ។ 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 անոն հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կառուցվածքի և կապիտալի հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ծառայությունը անվճար է 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով: Ձեր կողմից հարցերին իմացող թարգմանիչը: Ծառայությունն 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.

ພາສາມູ່ລຸ່ມຊາກສາໂຊ່ງ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ: ເບີអູ້ກ ຫຼື ການຊ່ວຍ ຈາກສາ ກບສູ່ກ ສູ່ມ ອູ່ງສູ່ເຖ່ເຖ່ເຖ່

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

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

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

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 03/19/2025 . 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.

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.



03/19/2025