Blue Shield Rx Plus (PDP)

Formulario de 2027

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

ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN

SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

N.º de identificación del formulario 27196

Este formulario se actualizó el 10/23/2026 . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Rx Plus llamando al (888) 239-6469 (los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m PT, o visite blueshieldca.com/medformulary2027.

Y0118_26_168A_PHA_C 07142026

A53840MAD-A-SP 11/26
10/23/2026

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

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

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que es válida a partir del 10/23/2026. Si necesita una lista de medicamentos (formulario) actualizada, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la última fecha de actualización de la lista de medicamentos (formulario), están en la parte de adelante y de atrás de este documento.

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

¿Qué es el formulario de Blue Shield Rx Plus?

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

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

¿El formulario puede cambiar?

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) determina que se debe retirar por motivos de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y, después, avisarles a los miembros que toman el medicamento.

- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los miembros que están tomando medicamentos. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del formulario, cuando agregamos un equivalente genérico, o podemos eliminar un producto biológico original, cuando agregamos un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones a un medicamento de marca o a un producto biológico original, o moverlos a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas. Además, es posible que hagamos cambios según las

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

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

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

El formulario adjunto es válido a partir del 10/23/2026 . Comuníquese con nosotros para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Nuestra información de contacto aparece en la parte de adelante y de atrás de este documento. Si hacemos algún otro cambio negativo en el formulario durante el año, los cambios se publicarán en nuestro sitio web, en blueshieldca.com/medformulary2027.

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos maneras de buscar su medicamento en el formulario:

Por tipo de problema de salud

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

Por orden alfabético

Si no sabe con seguridad la categoría en la que debe buscar su medicamento, consulte el índice que empieza en la página 118 . En el índice, encontrará una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento, tanto los de marca como los genéricos. Revise el índice y busque su medicamento. Al lado del nombre del medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que indica el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

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

Para ver un análisis sobre el tipo de medicamentos, consulte la sección 3.1 llamada “La ‘Lista de Medicamentos’ indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos” del Capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura.

¿Hay restricciones en mi cobertura?

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

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

- **Límites de cantidad:** Para algunos medicamentos, nuestro plan pone un límite en la cantidad de medicamento que nuestro plan cubrirá. Por ejemplo, en el caso del *sumatriptán* (la versión genérica de IMITREX), nuestro plan brinda 18 comprimidos cada 30 días, además de un suministro estándar de un mes o de tres meses.

- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, nuestro plan exige que primero intente tratar su problema de salud con ciertos medicamentos antes de que cubramos otro medicamento para tratar el problema. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para tratar su problema de salud, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento B, a menos que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá entonces el medicamento B.

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

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

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

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

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

- Puede pedirle a Servicio al Cliente que le envíe una lista de medicamentos similares cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que cubra nuestro plan.

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

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

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

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no esté en nuestro formulario. Si se aprueba, ese medicamento será cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.

- Puede pedirnos que no apliquemos una restricción de cobertura, ya sea una autorización previa, un tratamiento escalonado o un límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, para algunos medicamentos, Blue Shield Rx Plus pone un límite en la cantidad de medicamento que cubriremos. Si hay un límite de cantidad para su medicamento, puede pedirnos que no pongamos ese límite y que cubramos una cantidad mayor.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que ese medicamento corresponda al nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría lo que tiene que pagar por su medicamento.

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

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

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

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

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

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

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

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

Y son miembros que están en alguna de estas situaciones:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cómo obtener más información

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

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

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

Formulario del plan

El siguiente formulario brinda información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene algún inconveniente para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que empieza en la página 118 .

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

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

Copagos/Coseguros de la etapa de cobertura inicial para los miembros de los planes Blue Shield Rx Plus:

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO
1: Medicamentos genéricos preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	$5 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	$12.50 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	$9 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	$27 de copago
2: Medicamentos genéricos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	$9 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	$22.50 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	$20 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	$60 de copago

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO
3: Medicamentos de marca preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	19% de coseguro
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	19% de coseguro
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	19% de coseguro
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90días)	19% de coseguro
3: Insulinas cubiertas	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	$35 de copago o 19% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	$105 de copago o 19% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	$35 de copago o 19% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	$105 de copago o 19% de coseguro, la cantidad que sea menor

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO
4: Medicamentos no preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	40% de coseguro
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	40% de coseguro
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	40% de coseguro
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	40% de coseguro
4: Insulinas cubiertas	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	$35 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	$105 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	$35 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	$105 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO
5: Medicamentos de nivel especializado	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red), costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro para 30 días)	25% de coseguro
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red), costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro para 90 días)	No hay suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del Nivel 5.

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

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

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
LA	Acceso limitado (*Limited Access*)	Es posible que este medicamento recetado esté disponible solamente en algunas farmacias. Para obtener más información, lea su Directorio de Farmacias o llame a nuestro Servicio al Cliente.
PA	Autorización previa (*Prior Authorization*)	La cobertura de este medicamento recetado requiere una autorización previa de Blue Shield. Llame a Blue Shield para brindar la información necesaria para que se determine la cobertura. Es posible que algunos medicamentos requieran una determinación de cobertura de la Parte B o la Parte D, según las reglas de cobertura de Medicare. Estos medicamentos se identifican con la nota "PA – Part B vs. D Determination" (PA: Determinación de la Parte B o D).
QL	Límite de cantidad (*Quantity Limit*)	Este medicamento tiene un límite de dosis o de cantidad recetada. Los límites máximos de dosis diaria los define la FDA y se explican en el prospecto del medicamento. Otros límites de cantidad promueven una dosificación consolidada cuando sea posible.
ST	Tratamiento escalonado (*Step Therapy*)	La cobertura para este medicamento recetado se brinda cuando ya se han probado tratamientos con otros medicamentos de primera línea o medicamentos preferidos (tratamiento escalonado).

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

Este formulario se actualizó el 10/23/2026 . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California llamando al (888) 239-6469 o, para usuarios del sistema TTY, al 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m PT, o visite blueshieldca.com/medformulary2027.

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye un número limitado de farmacias de bajo costo, con costo compartido preferido, en ciertos condados de California. Es posible que los bajos costos publicados en los anuncios de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluido si hay farmacias preferidas de bajo costo en su área, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 [TTY: 711], de 8:00 a. m. a 8:00 p. m PT, o consulte el directorio de farmacias en Internet, en blueshieldca.com/medformulary2027.

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANALGÉSICOS		
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES		
celecoxib (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
celecoxib 400 mg cap	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
diclofenac potassium 50 mg tab	NIVEL 3	
diclofenac sodium (1.5 % solution, 25 mg tab dr)	NIVEL 3	
diclofenac sodium (50 mg tab dr, 75 mg tab dr)	NIVEL 2	
diclofenac sodium er 100 mg tab 24h	NIVEL 3	
diflunisal 500 mg tab	NIVEL 4	
ec-naproxen 375 mg tab dr	NIVEL 2	
ec-naproxen 500 mg tab dr	NIVEL 4	
etodolac er (er 400 mg tab er, er 500 mg tab er, er 600 mg tab er)	NIVEL 4	
FLURBIPROFEN (FLURBIPROFEN 100 MG TAB, FLURBIPROFEN 50 MG TAB, FLURBIPROFEN 100 MG TAB)	NIVEL 3	
ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	NIVEL 2	
ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension, 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	NIVEL 2	
indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)	NIVEL 3	
meloxicam (7.5 mg tab, 15 mg tab)	NIVEL 1	
nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)	NIVEL 2	
naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 375 mg tab dr, 500 mg tab)	NIVEL 2	
naproxen 500 mg tab dr	NIVEL 4	
naproxen dr 500 mg tab	NIVEL 4	
sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
OPIOID ANALGÉSICOS, LONG-ACTING		
fentanyl (12 mcg/hr patch, 25 mcg/hr patch, 50 mcg/hr patch, 75 mcg/hr patch, 100 mcg/hr patch)	NIVEL 4	PA, QL (10 PER 30Days), NDS
methadone hcl (methadone hcl 10 mg/ml solution, methadone hcl 10 mg/ml solution)	NIVEL 4	PA, NDS
methadone hcl 10 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (90 PER 30Days), NDS
methadone hcl 5 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 30Days), NDS
morphine sulfate er (er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)	NIVEL 4	QL (60 PER 30Days), NDS
morphine sulfate er 15 mg tab	NIVEL 3	QL (180 PER 30Days), NDS
morphine sulfate er 30 mg tab	NIVEL 3	QL (90 PER 30Days), NDS
morphine sulfate er 60 mg tab	NIVEL 3	QL (60 PER 30Days), NDS
OPIOID ANALGÉSICOS, SHORT-ACTING		
acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS), NDS
acetaminophen-codeine (acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5ml solution, acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml solution, acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml solution, acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5ml solution)	NIVEL 2	QL (1800 PER 30Days), NDS
acetaminophen-codeine 300-60 mg tab	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	NIVEL 3	QL (168 PER 30Days), NDS
endocet 10-325 mg tab	NIVEL 3	QL (84 PER 30Days), NDS
endocet 7.5-325 mg tab	NIVEL 3	QL (112 PER 30Days), NDS
hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml, 5-217 mg/10ml, 7.5-325 mg/15ml)	NIVEL 4	QL (2520 PER 30Days), NDS
hydrocodone-acetaminophen (7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)	NIVEL 3	QL (180 PER 30 DAYS), NDS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
hydrocodone-acetaminophen (hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab, hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg tab)	NIVEL 3	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
hydromorphone hcl 2 mg tab	NIVEL 4	QL (154 PER 30Days), NDS
hydromorphone hcl 4 mg tab	NIVEL 4	QL (84 PER 30Days), NDS
hydromorphone hcl 8 mg tab	NIVEL 4	QL (42 PER 30Days), NDS
morphine sulfate (concentrate) (morphine sulfate (concentrate) 20 mg/ml solution, morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml solution, morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml solution)	NIVEL 3	QL (70 PER 30Days), NDS
morphine sulfate (morphine sulfate 10 mg/5ml solution, morphine sulfate 10 mg/5ml solution)	NIVEL 3	QL (630 PER 30Days), NDS
morphine sulfate (morphine sulfate 20 mg/5ml solution, morphine sulfate 20 mg/5ml solution)	NIVEL 3	QL (315 PER 30Days), NDS
morphine sulfate (morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab, morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab)	NIVEL 3	QL (120 PER 30Days), NDS
oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)	NIVEL 4	QL (56 PER 30Days), NDS
oxycodone hcl 10 mg tab	NIVEL 4	QL (84 PER 30Days), NDS
oxycodone hcl 20 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30Days), NDS
oxycodone hcl 5 mg tab	NIVEL 4	QL (168 PER 30Days), NDS
oxycodone hcl 5 mg/5ml solution	NIVEL 4	QL (840 PER 30Days), NDS
oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	NIVEL 3	QL (168 PER 30Days), NDS
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab	NIVEL 3	QL (84 PER 30Days), NDS
oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab	NIVEL 3	QL (112 PER 30Days), NDS
tramadol hcl 50 mg tab	NIVEL 2	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab	NIVEL 3	QL (112 PER 30Days), NDS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANESTÉSICOS		
ANESTÉSICOS LOCALES		
lidocaine 5 % ointment	NIVEL 4	QL (50 PER 30 DAYS)
lidocaine 5 % patch	NIVEL 4	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
LIDOCAINE HCL 4 % SOLUTION	NIVEL 2	
lidocaine viscous hcl 2 % solution	NIVEL 2	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
lidocan 5 % patch	NIVEL 4	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (10 PER 30 DAYS)
PREMIUM LIDOCAINE 5 % OINTMENT	NIVEL 4	QL (50 PER 30 DAYS)
ANTIADICTIVOS/TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS, MEDICAMENTOS PARA EL		
DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN		
acamprosate calcium 333 mg tab dr	NIVEL 4	
disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 4	
DEPENDENCIA A OPIOIDES		
buprenorphine hcl (2 mg tab, 8 mg tab)	NIVEL 2	
buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg tab, 8-2 mg tab)	NIVEL 2	
buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg, 12-3 mg)	NIVEL 4	
REVERTIDORES OPIOIDEOS		
KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 4	QL (2 PER 30Days)
naloxone hcl (naloxone hcl 0.4 mg/ml soln prsyr, naloxone hcl 0.4 mg/ml solution, naloxone hcl 2 mg/2ml soln prsyr, naloxone hcl 0.4 mg/ml soln cart, naloxone hcl 4 mg/10ml solution)	NIVEL 2	
naltrexone hcl 50 mg tab	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTITABACO, MEDICAMENTOS		
bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab 12h	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk	NIVEL 4	QL (53 PER 30Days)
varenicline tartrate(continue) 1 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ANTIBACTERIANOS		
AMINOGLUCÓSIDOS		
amikacin sulfate 500 mg/2ml solution	NIVEL 4	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	NIVEL 5	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
gentamicin sulfate (0.1 % cream, 40 mg/ml solution)	NIVEL 4	
gentamicin sulfate 0.1 % ointment	NIVEL 2	
neomycin sulfate 500 mg tab	NIVEL 2	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	NIVEL 4	
tobramycin sulfate (tobramycin sulfate 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 2 gm/50ml solution, tobramycin sulfate 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 1.2 gm/30ml solution, tobramycin sulfate 10 mg/ml solution, tobramycin sulfate 80 mg/2ml solution)	NIVEL 4	
ANTIBACTERIANOS, OTROS		
aztreonam (1 gm soln, 2 gm soln)	NIVEL 4	
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
clindamycin hcl (75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap)	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln	NIVEL 4	
clindamycin phosphate (2 % cream, 300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 900 mg/6ml solution)	NIVEL 4	
clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml)	NIVEL 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (IN 300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, IN 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, IN 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	NIVEL 4	
colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln	NIVEL 4	
daptomycin (daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 500 mg recon soln, daptomycin 500 mg recon soln)	NIVEL 4	
fosfomycin tromethamine 3 gm packet	NIVEL 4	QL (4 PACKETS PER 28Days)
linezolid 100 mg/5ml recon susp	NIVEL 5	PA
linezolid 600 mg tab	NIVEL 4	PA
linezolid 600 mg/300ml solution	NIVEL 4	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	NIVEL 5	
methenamine hippurate 1 gm tab	NIVEL 4	
metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 2	
metronidazole (metronidazole 500 mg/100ml solution, metronidazole 0.75 % cream, metronidazole 0.75 % gel, metronidazole 500 mg/100ml solution)	NIVEL 4	
nitrofurantoin macrocrystal (50 mg cap, 100 mg cap)	NIVEL 3	
nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap	NIVEL 3	
tigecycline (tigecycline 50 mg recon soln, tigecycline 50 mg recon soln)	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 4	
trimethoprim (trimethoprim 100 mg tab, trimethoprim 100 mg tab)	NIVEL 2	
vancomycin hcl (vancomycin hcl 250 mg cap, vancomycin hcl 2 gm recon soln, vancomycin hcl 125 mg cap, vancomycin hcl 1.5 gm recon soln, vancomycin hcl 750 mg recon soln, vancomycin hcl 1.25 gm recon soln, vancomycin hcl 1.5 gm recon soln, vancomycin hcl 1 gm recon soln, vancomycin hcl 750 mg recon soln, vancomycin hcl 10 gm recon soln, vancomycin hcl 500 mg recon soln, vancomycin hcl 1.75 gm recon soln, vancomycin hcl 10 gm recon soln, vancomycin hcl 100 gm recon soln, vancomycin hcl 500 mg recon soln, vancomycin hcl 1 gm recon soln, vancomycin hcl 1.25 gm recon soln)	NIVEL 4	
vancomycin hcl (vancomycin hcl 5 gm recon soln, vancomycin hcl 5 gm recon soln)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
XIFAXAN 200 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (9 PER 30Days)
XIFAXAN 550 MG TAB	NIVEL 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS		
CEFACLOR (250 MG CAP, 500 MG CAP)	NIVEL 3	
cefadroxil (250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg/5ml recon susp)	NIVEL 3	
cefazolin sodium (cefazolin sodium 1 gm recon soln, cefazolin sodium 2 gm recon soln, cefazolin sodium 3 gm recon soln, cefazolin sodium 100 gm recon soln, cefazolin sodium 300 gm recon soln, cefazolin sodium 1 gm recon soln, cefazolin sodium 10 gm recon soln, cefazolin sodium 500 mg recon soln)	NIVEL 4	
cefdinir (125 mg/5ml, 250 mg/5ml)	NIVEL 4	
cefdinir 300 mg cap	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
cefepime hcl (cefepime hcl 1 gm recon soln, cefepime hcl 1 gm/50ml solution, cefepime hcl 2 gm recon soln, cefepime hcl 2 gm/100ml solution)	NIVEL 4	
cefixime (cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 200 mg/5ml recon susp, cefixime 400 mg cap)	NIVEL 4	
cefotetan disodium (cefotetan disodium 1 gm recon soln, cefotetan disodium 2 gm recon soln)	NIVEL 4	
cefoxitin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)	NIVEL 4	
cefpodoxime proxetil (100 mg tab, 200 mg tab)	NIVEL 4	
cefprozil (125 mg/5ml, 250 mg/5ml)	NIVEL 4	
cefprozil (250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 3	
ceftaroline fosamil (400 mg soln, 600 mg soln)	NIVEL 5	
CEFTAZIDIME (CEFTAZIDIME 6 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 1 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 2 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	
ceftriaxone sodium (ceftriaxone sodium 1 gm recon soln, ceftriaxone sodium 2 gm recon soln, ceftriaxone sodium 10 gm recon soln, ceftriaxone sodium 250 mg recon soln, ceftriaxone sodium 1 gm recon soln, ceftriaxone sodium 2 gm recon soln, ceftriaxone sodium 500 mg recon soln)	NIVEL 4	
cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 3	
cefuroxime sodium (1.5 gm soln, 750 mg soln)	NIVEL 4	
cephalexin (125 mg/5ml, 250 mg/5ml)	NIVEL 3	
cephalexin (250 mg cap, 500 mg cap)	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TAZICEF (TAZICEF 6 GM RECON SOLN, TAZICEF 2 GM RECON SOLN, TAZICEF 1 GM RECON SOLN, TAZICEF 1 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	
BETALACTÁMICOS, PENICILINAS		
amoxicillin (amoxicillin 125 mg/5ml recon susp, amoxicillin 125 mg chew tab, amoxicillin 200 mg/5ml recon susp, amoxicillin 500 mg cap, amoxicillin 250 mg chew tab, amoxicillin 250 mg cap, amoxicillin 250 mg/5ml recon susp, amoxicillin 400 mg/5ml recon susp, amoxicillin 500 mg tab, amoxicillin 875 mg tab)	NIVEL 2	
amoxicillin trihydrate 250 mg/5ml recon susp	NIVEL 2	
amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml)	NIVEL 3	
amoxicillin-pot clavulanate (250-125 mg tab, 500-125 mg tab, 875-125 mg tab)	NIVEL 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 400-57 MG CHEW TAB	NIVEL 4	
ampicillin 500 mg cap	NIVEL 2	
ampicillin sodium (ampicillin sodium 1 gm recon soln, ampicillin sodium 10 gm recon soln, ampicillin sodium 1 gm recon soln, ampicillin sodium 250 mg recon soln, ampicillin sodium 2 gm recon soln, ampicillin sodium 2 gm recon soln, ampicillin sodium 125 mg recon soln, ampicillin sodium 500 mg recon soln)	NIVEL 4	
ampicillin-sulbactam sodium (ampicillin-sulbactam sodium 1.5 (1-0.5) gm recon soln, ampicillin-sulbactam sodium 1.5 (1-0.5) gm recon soln, ampicillin-sulbactam sodium 3 (2-1) gm recon soln, ampicillin-sulbactam sodium 15 (10-5) gm recon soln)	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BICILLIN L-A (600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR)	NIVEL 4	
dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)	NIVEL 2	
nafcillin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)	NIVEL 4	
penicillin g potassium (5000000 soln, 20000000 soln)	NIVEL 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	NIVEL 4	
penicillin v potassium (penicillin v potassium 125 mg/5ml recon soln, penicillin v potassium 250 mg/5ml recon soln, penicillin v potassium 250 mg tab, penicillin v potassium 500 mg tab)	NIVEL 2	
pfizerpen (5000000 soln, 20000000 soln)	NIVEL 4	
piperacillin sod-tazobactam so (2.25 (2-0.25) gm ln, 3-0.375 gm ln, 3.375 (3-0.375) gm ln, 4-0.5 gm ln, 4.5 (4-0.5) gm ln, 13.5 (12-1.5) gm ln, 40.5 (36-4.5) gm ln)	NIVEL 4	
CARBAPENÉMICOS		
ertapenem sodium 1 gm recon soln	NIVEL 3	
imipenem-cilastatin (imipenem-cilastatin 500 mg recon soln, imipenem-cilastatin 250 mg recon soln)	NIVEL 4	
meropenem (1 gm soln, 500 mg soln)	NIVEL 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	NIVEL 4	
MACRÓLIDOS		
azithromycin (100 mg/5ml susp, 200 mg/5ml susp, 500 mg soln)	NIVEL 4	
azithromycin (250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	NIVEL 4	
clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 3	
clarithromycin er 500 mg tab 24h	NIVEL 4	
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 5	PA, QL (136 PER 10Days)
e.e.s. 400 (e.e.s. 400 400 mg tab, e.e.s. 400 400 mg tab)	NIVEL 4	
erythrocin lactobionate (erythrocin lactobionate 500 mg recon soln, erythrocin lactobionate 500 mg recon soln)	NIVEL 4	
erythromycin base (250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 4	
erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp	NIVEL 4	
erythromycin lactobionate 500 mg recon soln	NIVEL 4	
fidaxomicin 200 mg tab	NIVEL 5	PA, QL (20 PER 10Days)
QUINOLONAS		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	NIVEL 3	
ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	NIVEL 2	
ciprofloxacin in d5w (ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution, ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution)	NIVEL 4	
levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	NIVEL 2	
levofloxacin (levofloxacin 25 mg/ml solution, levofloxacin 25 mg/ml solution)	NIVEL 4	
levofloxacin in d5w (in 500 mg/100ml, in 750 mg/150ml)	NIVEL 4	
moxifloxacin hcl 400 mg tab	NIVEL 4	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL 400 MG/250ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SULFONAMIDAS		
sulfadiazine 500 mg tab	NIVEL 4	
sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 800-160 mg/20ml suspension)	NIVEL 3	
sulfamethoxazole-trimethoprim (400-80 mg tab, 800-160 mg tab)	NIVEL 2	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution	NIVEL 4	
sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension	NIVEL 3	
TETRACICLINAS		
avidoxy 100 mg tab	NIVEL 3	
doxy 100 mg recon soln	NIVEL 4	
doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)	NIVEL 3	
doxycycline hyclate 100 mg recon soln	NIVEL 4	
doxycycline monohydrate (50 mg cap, 100 mg cap)	NIVEL 2	
doxycycline monohydrate (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 3	
minocycline hcl (50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap)	NIVEL 2	
mondoxyne nl 100 mg cap	NIVEL 2	
tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)	NIVEL 4	
ANTICONVULSIVOS		
ANTICONVULSIVOS, OTROS		
brivaracetam (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 4	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
brivaracetam 10 mg/ml solution	NIVEL 4	ST, QL (600 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
divalproex sodium (125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)	NIVEL 2	
divalproex sodium 125 mg cap dr	NIVEL 3	
divalproex sodium er (er 250 mg tab er, er 500 mg tab er)	NIVEL 3	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)	NIVEL 4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
lamotrigine (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	NIVEL 2	
lamotrigine (5 mg chew tab, 25 mg chew tab)	NIVEL 3	
levetiracetam (100 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab, 1000 mg tab)	NIVEL 2	
levetiracetam er 500 mg tab 24h	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
levetiracetam er 750 mg tab 24h	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
perampanel (4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab, 10 mg tab, 12 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
perampanel 0.5 mg/ml suspension	NIVEL 4	QL (720 PER 30 DAYS)
perampanel 2 mg tab	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
roweepra 500 mg tab	NIVEL 2	
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
subvenite (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (1500 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
topiramate (15 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	NIVEL 3	
topiramate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)	NIVEL 2	
topiramate 25 mg/ml solution	NIVEL 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
valproate sodium (100 mg/ml, 500 mg/5ml)	NIVEL 4	
valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)	NIVEL 2	
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)	NIVEL 2	
methsuximide 300 mg cap	NIVEL 4	
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
clobazam 10 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 2.5 mg/ml suspension	NIVEL 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 20 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
diazepam 10 mg gel	NIVEL 4	QL (20 PER 30 DAYS)
diazepam 2.5 mg gel	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)
diazepam 20 mg gel	NIVEL 4	QL (40 PER 30 DAYS)
gabapentin (250 mg/5ml, 300 mg/6ml)	NIVEL 4	QL (2160 PER 30 DAYS)
gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
gabapentin 100 mg cap	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
gabapentin 300 mg cap	NIVEL 2	QL (240 PER 30 DAYS)
gabapentin 400 mg cap	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
phenobarbital (phenobarbital 15 mg tab, phenobarbital 97.2 mg tab, phenobarbital 60 mg/15ml elixir, phenobarbital 64.8 mg tab, phenobarbital 16.2 mg tab, phenobarbital 20 mg/5ml elixir, phenobarbital 30 mg tab, phenobarbital 32.4 mg tab, phenobarbital 60 mg tab, phenobarbital 64.8 mg tab, phenobarbital 100 mg tab, phenobarbital 15 mg tab, phenobarbital 16.2 mg tab, phenobarbital 20 mg/5ml elixir, phenobarbital 30 mg tab, phenobarbital 30 mg/7.5ml elixir, phenobarbital 32.4 mg tab, phenobarbital 60 mg tab, phenobarbital 97.2 mg tab, phenobarbital 100 mg tab)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
primidone (primidone 50 mg tab, primidone 125 mg tab, primidone 250 mg tab)	NIVEL 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYMPAZAN 5 MG FILM	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
tiagabine hcl (tiagabine hcl 12 mg tab, tiagabine hcl 4 mg tab, tiagabine hcl 16 mg tab, tiagabine hcl 2 mg tab, tiagabine hcl 12 mg tab, tiagabine hcl 16 mg tab)	NIVEL 4	
VALTOCO 10 MG DOSE /0.1ML LIQUID	NIVEL 4	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 /0.1ML LIQD THPK	NIVEL 4	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 0 X 10 /0.1ML LIQD THPK	NIVEL 4	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE /0.1ML LIQUID	NIVEL 4	QL (10 PER 30 DAYS)
vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
vigadrone 500 mg packet	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg tab	NIVEL 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigpoder 500 mg packet	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	LA, QL (1080 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS		
carbamazepine (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)	NIVEL 4	
carbamazepine (carbamazepine 200 mg chew tab, carbamazepine 100 mg chew tab, carbamazepine 200 mg tab)	NIVEL 2	
carbamazepine er (er 100 mg cap er, er 100 mg tab er, er 200 mg cap er, er 200 mg tab er, er 300 mg cap er, er 400 mg tab er)	NIVEL 4	
DILANTIN 30 MG CAP	NIVEL 4	
epitol 200 mg tab	NIVEL 2	
eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lacosamide (10 mg/ml, 50 mg/5ml, 100 mg/10ml)	NIVEL 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lacosamide 200 mg/20ml solution	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)	NIVEL 3	
oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)	NIVEL 2	
phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)	NIVEL 2	
phenytoin 50 mg chew tab	NIVEL 3	
phenytoin infatabs infas 50 mg chew	NIVEL 3	
phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)	NIVEL 2	
rufinamide 200 mg tab	NIVEL 4	QL (480 PER 30 DAYS)
rufinamide 40 mg/ml suspension	NIVEL 5	QL (2400 PER 30 DAYS)
rufinamide 400 mg tab	NIVEL 4	QL (240 PER 30 DAYS)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 TAB THPK	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 TAB THPK	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (COPRI 14 150 MG 14 200 MG TAB THPK, COPRI 14 50 MG 14 100 MG TAB THPK)	NIVEL 5	QL (28 PER 28Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI COPRI 14 12.5 MG & 14 25 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (28 PER 28Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	
zonisamide (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	NIVEL 2	

ANTIDEMENCIALES

ANTIDEMENCIALES, OTROS

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

INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

donepezil hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	NIVEL 2	
galantamine hydrobromide (4 mg tab, 8 mg tab, 12 mg tab)	NIVEL 3	
GALANTAMINE HYDROBROMIDE 4 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er, er 16 mg cap er, er 24 mg cap er)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)	NIVEL 4	
ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA)		
memantine hcl (2 mg/ml, 10 mg/5ml)	NIVEL 4	
memantine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	
memantine hcl er (er 7 mg cap er, er 14 mg cap er, er 21 mg cap er, er 28 mg cap er)	NIVEL 4	
ANTIDEPRESIVOS		
ANTIDEPRESIVOS, OTHER		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUVELITY TITRATION PACK 30-105 MG & 45-105 MG TBER THPK	NIVEL 4	QL (102 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bupropion hcl 100 mg tab	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
bupropion hcl 75 mg tab	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab 12h	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 150 mg tab 12h	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 200 mg tab 12h	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 150 mg tab 24h	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 300 mg tab 24h	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
EXXUA (18.2 MG TAB ER 24H, 36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	QL (64 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LYBALVI (5-10 MG TAB, 10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab disp)	NIVEL 3	
mirtazapine (7.5 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	NIVEL 2	
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	NIVEL 5	QL (28 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	NIVEL 5	QL (14 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA		
EMSAM (6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN 10 MG TAB	NIVEL 4	
PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB	NIVEL 3	
tranylcypromine sulfate 10 mg tab	NIVEL 4	
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)/INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (SNRI)		
citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	
citalopram hydrobromide (10 mg/5ml, 20 mg/10ml)	NIVEL 3	
desvenlafaxine succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
desvenlafaxine succinate er 100 mg tab 24h	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
escitalopram oxalate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
escitalopram oxalate (5 mg/5ml, 10 mg/10ml)	NIVEL 4	
FETZIMA (20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H, 120 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	NIVEL 4	QL (28 PER 30Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 2	
fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution	NIVEL 3	
fluvoxamine maleate 100 mg tab	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 25 mg tab	NIVEL 4	QL (360 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 50 mg tab	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)	NIVEL 4	
paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 2	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (900 PER 30 DAYS)
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sertraline hcl (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 1	
sertraline hcl 20 mg/ml conc	NIVEL 4	
trazodone hcl (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	NIVEL 2	
TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 3	
venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap er, er 150 mg cap er)	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl er 75 mg cap 24h	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
TRICÍCLICOS		
amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
amoxapine (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	NIVEL 4	
clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
desipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	NIVEL 4	
doxepin hcl (doxepin hcl 150 mg cap, doxepin hcl 10 mg cap, doxepin hcl 10 mg/ml conc, doxepin hcl 25 mg cap, doxepin hcl 50 mg cap, doxepin hcl 75 mg cap, doxepin hcl 100 mg cap, doxepin hcl 150 mg cap, doxepin hcl 10 mg/ml conc)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	NIVEL 2	
nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution	NIVEL 4	
protriptyline hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 4	
trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIEMÉTICOS

ANTIEMÉTICOS, OTROS

compro 25 mg suppos	NIVEL 4	
meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)	NIVEL 2	
metoclopramide hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	
metoclopramide hcl (5 mg/5ml, 5 mg/ml, 10 mg/10ml)	NIVEL 4	
perphenazine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab)	NIVEL 4	
prochlorperazine 25 mg suppos	NIVEL 4	
prochlorperazine maleate (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	
promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 4	PA
scopolamine 1 mg/3days patch 72hr	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGÉNICA		
aprepitant (80 & 125 mg cap thpk, 80 mg cap, 125 mg cap)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
aprepitant 40 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
granisetron hcl 1 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 4 mg tab disp	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 8 mg tab disp	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	NIVEL 2	QL (15 PER 30Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 4 mg tab	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 4 mg/5ml solution	NIVEL 4	QL (900 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 8 mg tab	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
amphotericin b liposome 50 mg recon susp	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
clotrimazole (1 % cream, 1 % solution)	NIVEL 2	
clotrimazole 10 mg troche	NIVEL 4	
CRESEMBA 186 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CRESEMBA 74.5 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
fluconazole (10 mg/ml, 40 mg/ml)	NIVEL 3	
fluconazole (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	NIVEL 2	
fluconazole in sodium chloride (in 200-0.9 mg/100ml-%, in 400-0.9 mg/200ml-%)	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)	NIVEL 5	
griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)	NIVEL 4	
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	NIVEL 4	
itraconazole 100 mg cap	NIVEL 4	
ketoconazole (2 % cream, 200 mg tab)	NIVEL 3	
ketoconazole 2 % shampoo	NIVEL 2	
micafungin sodium (micafungin sodium 50 mg recon soln, micafungin sodium 100 mg recon soln, micafungin sodium 50 mg recon soln, micafungin sodium 100 mg recon soln)	NIVEL 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	NIVEL 3	
nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension)	NIVEL 2	
nystatin 500000 unit tab	NIVEL 3	
posaconazole 100 mg tab dr	NIVEL 4	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
terbinafine hcl 250 mg tab	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
terconazole (0.4 %, 0.8 %)	NIVEL 3	
terconazole 80 mg suppos	NIVEL 4	
voriconazole (40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 200 mg tab)	NIVEL 4	PA
voriconazole (voriconazole 200 mg recon soln, voriconazole 200 mg recon soln)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIGOTOSOS

allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 2	
colchicine 0.6 mg tab	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab	NIVEL 3	
probenecid 500 mg tab	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIJAQUECOSOS		
CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS		
AIMOVIG (70 MG/ML SOLN A-INJ, 140 MG/ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 /ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 30 DAYS)
NURTEC 75 MG TAB DISP	NIVEL 5	PA, QL (16 PER 30Days)
ALCALOIDES DE ERGOTAMINA		
dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution	NIVEL 4	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB	NIVEL 3	QL (40 PER 28 DAYS)
AGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA (5-HT)		
naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)	NIVEL 4	QL (18 PER 30Days)
rizatriptan benzoate (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)	NIVEL 3	QL (24 PER 30Days)
sumatriptan (5 mg/act, 20 mg/act)	NIVEL 4	QL (18 PER 30Days)
sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 2	QL (18 PER 30Days)
sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)	NIVEL 4	QL (8 PER 30Days)
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	NIVEL 4	QL (8 PER 30Days)
ANTIMIASTÉNICOS		
PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
pyridostigmine bromide 60 mg tab	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIMICOBACTERIANOS		
ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS		
dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 3	
rifabutin 150 mg cap	NIVEL 4	
ANTITUBERCULOSOS		
ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	NIVEL 2	
isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 2	
isoniazid 50 mg/5ml syrup	NIVEL 4	
PRETOMANID 200 MG TAB	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
pyrazinamide 500 mg tab	NIVEL 2	
rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)	NIVEL 2	
rifampin 600 mg recon soln	NIVEL 4	
rifapentine 150 mg tab	NIVEL 4	
SIRTURO (20 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	PA
TRECATOR 250 MG TAB	NIVEL 4	
ANTINEOPLÁSICOS		
ALQUILANTES		
CYCLOPHOSPHAMIDE (CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TAB, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
LEUKERAN 2 MG TAB	NIVEL 4	
lomustine (10 mg cap, 40 mg cap, 100 mg cap)	NIVEL 4	
MATULANE 50 MG CAP	NIVEL 5	LA
ANTIANDRÓGENOS		
abiraterone acetate 250 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
abiraterone acetate 500 mg tab	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abirtega 250 mg tab	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bicalutamide 50 mg tab	NIVEL 2	
ERLEADA 240 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EULEXIN 125 MG CAP	NIVEL 3	
nilutamide (nilutamide 150 mg tab, nilutamide 150 mg tab)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIANGIOGÉNICOS		
lenalidomide (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 50 MG CAP	NIVEL 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES		
fulvestrant (fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr, fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr)	NIVEL 5	
INLURIYO 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
toremifene citrate 60 mg tab	NIVEL 4	
VEPPANU (100 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIMETABOLITOS		
mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
mercaptopurine 50 mg tab	NIVEL 3	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID LOID 40 MG	NIVEL 4	
ANTINEOPLÁSICOS, OTROS		
AKEEGA (50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 40 MG CAP	NIVEL 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI PEN 500 MCG/0.5ML SOLN	NIVEL 5	LA, QL (1 ML PER 28 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
hydroxyurea 500 mg cap	NIVEL 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
IWILFIN 192 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB	NIVEL 2	
leucovorin calcium (100 mg soln, 350 mg soln)	NIVEL 4	
leucovorin calcium (15 mg tab, 25 mg tab)	NIVEL 4	
leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	NIVEL 5	
MODEYSO 125 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (20 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZENBEXUS (0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	NIVEL 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN		
anastrozole 1 mg tab	NIVEL 2	
exemestane 25 mg tab	NIVEL 4	
letrozole 2.5 mg tab	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE ENZIMAS		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER	NIVEL 5	LA, QL (66 PER 28Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LAZCLUZE 240 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES		
ALECENSA 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	NIVEL 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 500 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib (400 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib 100 mg tab	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 160 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BRUKINSA 80 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAVHANZA (60 MG TAB DISP, 80 MG TAB DISP)	NIVEL 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 KIT	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 & 80 KIT	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 KIT	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
erlotinib hcl 25 mg tab	NIVEL 3	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
everolimus (2 mg tab, 3 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (7.5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
gefitinib 250 mg tab	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (126 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG TAB SOL	NIVEL 5	LA, QL (168 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 2 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HERNEXEOS 60 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HYRNUO 10 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (75 MG CAP, 75 MG TAB, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBTROZI 200 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
imatinib mesylate 100 mg tab	NIVEL 3	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
imatinib mesylate 400 mg tab	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
IMBRUVICA (140 MG CAP, 140 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (70 MG CAP, 280 MG TAB, 420 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H, 33 MG TAB ER 24H, 44 MG TAB ER 24H, 55 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) (TAB THPK	NIVEL 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 TAB THPK	NIVEL 5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 TAB THPK	NIVEL 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOMZIFTI 200 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
KOSELUGO 10 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
lapatinib ditosylate 250 mg tab	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) (110 & CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 & 2 X 4 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) (0 X 10 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) (X 10 & CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) (CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (125 MG DOSE) (X & X 00 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (18 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (150 MG DOSE) (50 2 X 25 & X 00 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (27 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	NIVEL 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LUMAKRAS 240 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	NIVEL 5	LA, QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
nilotinib hcl (50 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap)	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	NIVEL 5	QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 5	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
pazopanib hcl 200 mg tab	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PAZOPANIB HCL 400 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) (TAB THPK	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & TAB THPK	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 TAB THPK	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (80 MG TAB, 120 MG TAB, 160 MG TAB)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 110 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 160 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	NIVEL 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SCEMBLIX 20 MG TAB	NIVEL 5	QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	NIVEL 5	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sorafenib tosylate 200 mg tab	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 12.5 mg cap	NIVEL 5	QL (210 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 25 mg cap	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	NIVEL 5	LA, QL (900 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	NIVEL 5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (50 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TURALIO 125 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	NIVEL 3	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	NIVEL 4	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (50 MG CAP SPRINK, 200 MG CAP, 250 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 20 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (32 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETINOIDES		
bexarotene 1 % gel	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bexarotene 75 mg cap	NIVEL 3	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tretinoin 10 mg cap	NIVEL 5	
COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO		
mesna 400 mg tab	NIVEL 4	
VONJO 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIPARASITARIOS		
ANTIHELMÍNTICOS		
albendazole 200 mg tab	NIVEL 4	
ivermectin 3 mg tab	NIVEL 3	
praziquantel 600 mg tab	NIVEL 3	
ANTIPROTOZOICOS		
atovaquone 750 mg/5ml suspension	NIVEL 4	PA
atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)	NIVEL 3	
chloroquine phosphate (chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 500 mg tab)	NIVEL 3	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	NIVEL 4	QL (24 PER 2Days)
hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab)	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab	NIVEL 3	QL (90 PER 30 DAYS)
IMPAVIDO 50 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
mefloquine hcl 250 mg tab	NIVEL 2	
nitazoxanide 500 mg tab	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 3Days)
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
primaquine phosphate (primaquine phosphate 26.3 base mg tab, primaquine phosphate 26.3 base mg tab)	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
pyrimethamine 25 mg tab	NIVEL 4	PA
quinine sulfate 324 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
ANTIPARKINSONIANOS		
ANTICOLINÉRGICOS		
benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 2	
benztropine mesylate 1 mg/ml solution	NIVEL 4	
trihexyphenidyl hcl (2 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 3	
trihexyphenidyl hcl 0.4 mg/ml solution	NIVEL 2	
ANTIPARKINSONIANOS, OTHER		
amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg cap, 100 mg/10ml solution)	NIVEL 3	
amantadine hcl 100 mg tab	NIVEL 4	
entacapone 200 mg tab	NIVEL 4	QL (240 PER 30 DAYS)
AGONISTAS DE LA DOPAMINA		
bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)	NIVEL 4	
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)	NIVEL 2	
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)	NIVEL 2	
PRECURSORES DE LA DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA L-AMINOÁCIDO DESCARBOXILASA		
carbidopa 25 mg tab	NIVEL 4	
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)	NIVEL 4	
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (270 PER 30 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	NIVEL 4	QL (360 PER 30 DAYS)
pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 4	
thioridazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
thiothixene (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	NIVEL 4	
trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 3	
SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
aripiprazole (5 mg tab, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
aripiprazole 1 mg/ml solution	NIVEL 4	QL (750 PER 30 DAYS)
aripiprazole 2 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
asenapine maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK A BYSNTI TITRTION PCK 1 & 2 & 4 & 6 MG TB THPK	NIVEL 5	QL (16 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK B YSANTI 1 & 2 & 6 & 8 MG TATHPK	NIVEL 5	QL (24 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK C PAK 1 & 2 & 6 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (16 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (4.5 ML PER 365Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK A FNPT TITRTION PCK 1 & 2 & 4 & 6 MG TB	NIVEL 4	QL (8 PER 30Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TA	NIVEL 4	QL (12 PER 30Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK C PAK 1 & 2 & 6 MG TAB	NIVEL 4	QL (8 PER 30Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (3.5 PER 180Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (5 PER 180Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.88 PER 84Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.32 PER 84Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.75 PER 84Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (2.63 PER 84Days), PA - PART B VS D DETERMINATION

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 120 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
lurasidone hcl 80 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	NIVEL 4	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
olanzapine (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
olanzapine (5 mg tab disp, 10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp)	NIVEL 4	
OPIPZA (5 MG FILM, 10 MG FILM)	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OPIPZA 2 MG FILM	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er (er 1.5 mg tab er, er 3 mg tab er, er 9 mg tab er)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er 6 mg tab 24h	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (90 MG PRSYR, 120 MG PRSYR)	NIVEL 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
quetiapine fumarate (quetiapine fumarate 25 mg tab, quetiapine fumarate 50 mg tab, quetiapine fumarate 150 mg tab, quetiapine fumarate 100 mg tab, quetiapine fumarate 200 mg tab, quetiapine fumarate 300 mg tab, quetiapine fumarate 400 mg tab)	NIVEL 2	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 1 mg/ml solution, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)	NIVEL 4	
risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)	NIVEL 2	
risperidone microspheres er (er 12.5 mg, er 25 mg)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
risperidone microspheres er (er 37.5 mg, er 50 mg)	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELTRUZA (318 MG, 425 MG, 531 MG)	NIVEL 5	QL (1 VIAL PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	NIVEL 4	
ziprasidone mesylate 20 mg recon soln	NIVEL 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (50-20 MG CAP, 100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	NIVEL 5	QL (112 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RESISTENTES AL TRATAMIENTO		
clozapine (12.5 mg tab disp, 25 mg tab disp, 100 mg tab, 100 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab, 200 mg tab disp)	NIVEL 4	
clozapine (25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 3	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (540 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESPÁSTICOS		
baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
baclofen 5 mg tab	NIVEL 2	QL (480 PER 30 DAYS)
tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIVÍRICOS		
ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)		
LIVTENCITY 200 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS (20 MG PACKET, 120 MG PACKET)	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	NIVEL 5	QL (200 PER 365Days)
valganciclovir hcl 450 mg tab	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln	NIVEL 4	QL (540 PER 30 DAYS)
ANTIHEPATÍTICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)		
adefovir dipivoxil 10 mg tab	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (630 PER 30 DAYS)
entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine 100 mg tab	NIVEL 3	
ANTIHEPÁTICOS CONTRA LA HEPATITIS C		
MAVYRET 100-40 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	NIVEL 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	NIVEL 3	
ribavirin (ribavirin 6 gm recon soln, ribavirin 6 gm recon soln)	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
BIXLENVO 75-50 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	NIVEL 5	QL (180 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ISENTRESS 100 MG PACKET	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	NIVEL 3	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
raltegravir potassium 400 mg tab	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
raltegravir potassium 600 mg tab	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
TIVICAY 50 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NO NUCLEOSÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	NIVEL 5	QL (180 PER 30 DAYS)
efavirenz 600 mg tab	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-lamivudine-tenofovir (efavirenz-lamivudine-tenofovir 400-300-300 mg tab, efavirenz-lamivudine-tenofovir 600-300-300 mg tab)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
etravirine 100 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
etravirine 200 mg tab	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (360 PER 30 DAYS)
nevirapine 200 mg tab	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
nevirapine er 400 mg tab 24h	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
rilpivirine hcl 25 mg tab	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NUCLEOSÍDICOS Y NUCLEOTÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NRTI)		
abacavir sulfate 20 mg/ml solution	NIVEL 4	QL (900 PER 30 DAYS)
abacavir sulfate 300 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitabine 200 mg cap	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (720 PER 30 DAYS)
lamivudine (10 mg/ml, 300 mg/30ml)	NIVEL 3	QL (900 PER 30 DAYS)
lamivudine 150 mg tab	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
lamivudine 300 mg tab	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	NIVEL 4	QL (240 PER 30 DAYS)
zidovudine 100 mg cap	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
zidovudine 300 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
zidovudine 50 mg/5ml syrup	NIVEL 4	QL (1800 PER 30 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS		
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK 75-50 & 4 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (68 PER 365Days)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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
IDVYNSO 100-0.25 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
maraviroc 150 mg tab	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
maraviroc 300 mg tab	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (1800 PER 30 DAYS)
SUNLENCA 300 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 168Days)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (4 PER 180Days)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (3 PER 180Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (5 PER 180Days)
TYBOST 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA (PI)		
APTIVUS 250 MG CAP	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
atazanavir sulfate 300 mg cap	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
darunavir 600 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
darunavir 800 mg tab	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
fosamprenavir calcium 700 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (390 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab	NIVEL 4	QL (300 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
NORVIR 100 MG PACKET	NIVEL 4	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PREZCOBIX PED 600-90 MG TAB SOL	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	NIVEL 5	QL (240 PER 30 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	NIVEL 4	QL (300 PER 30 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (240 PER 30 DAYS)
ritonavir 100 mg tab	NIVEL 3	QL (360 PER 30 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	NIVEL 5	QL (270 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
ANTIGRIPALES		
oseltamivir phosphate 30 mg cap	NIVEL 3	QL (120 PER 180Days)
oseltamivir phosphate 45 mg cap	NIVEL 3	QL (42 PER 180Days)
oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp	NIVEL 4	QL (1080 PER 365Days)
oseltamivir phosphate 75 mg cap	NIVEL 3	QL (60 PER 180Days)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 180Days)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	NIVEL 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	NIVEL 4	QL (2 PER 30Days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	NIVEL 4	QL (1 PER 30Days)
ANTIHERPÉTICOS		
acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)	NIVEL 2	
acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	NIVEL 4	
acyclovir sodium 50 mg/ml solution	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 4	
valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
LAGEVRIO 200 MG CAP	NIVEL 5	QL (40 PER 30Days)
PAXLOVID (150/100) MG & 0MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (20 PER 30Days)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 10 MG 100MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (11 PER 30Days)
PAXLOVID (300/100) 20 150 MG & 0MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (30 PER 30Days)
ANSIOLÍTICOS		
ANSIOLÍTICOS, OTROS		
buspirone hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab)	NIVEL 2	
BENZODIACEPINAS		
alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
alprazolam 2 mg tab	NIVEL 3	QL (150 PER 30 DAYS)
clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)	NIVEL 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
clonazepam 0.5 mg tab	NIVEL 2	QL (1200 PER 30 DAYS)
clonazepam 1 mg tab	NIVEL 2	QL (600 PER 30 DAYS)
clonazepam 1 mg tab disp	NIVEL 4	QL (600 PER 30 DAYS)
clonazepam 2 mg tab	NIVEL 2	QL (300 PER 30 DAYS)
clonazepam 2 mg tab disp	NIVEL 4	QL (300 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 15 mg tab	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 3.75 mg tab	NIVEL 4	QL (720 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 7.5 mg tab	NIVEL 4	QL (360 PER 30 DAYS)
diazepam 10 mg tab	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
diazepam 2 mg tab	NIVEL 2	QL (900 PER 30 DAYS)
diazepam 5 mg tab	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)
diazepam 5 mg/5ml solution	NIVEL 4	QL (1800 PER 30 DAYS)
diazepam 5 mg/ml conc	NIVEL 3	QL (360 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
diazepam intensol 5 mg/ml conc	NIVEL 3	QL (360 PER 30 DAYS)
lorazepam 0.5 mg tab	NIVEL 2	QL (600 PER 30 DAYS)
lorazepam 1 mg tab	NIVEL 2	QL (300 PER 30 DAYS)
lorazepam 2 mg tab	NIVEL 2	QL (150 PER 30 DAYS)
BIPOLARES		
ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO		
lithium 8 meq/5ml solution	NIVEL 2	
lithium carbonate (lithium carbonate 150 mg cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 300 mg tab, lithium carbonate 600 mg cap, lithium carbonate 150 mg cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 600 mg cap)	NIVEL 2	
lithium carbonate er (er 300 mg tab er, er 450 mg tab er)	NIVEL 2	
REGULADORES DE LA GLUCEMIA		
ANTIDIABÉTICOS		
acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 3	
dapaglifloz base-metformin er (er 5-500 mg tab er, er 10-1000 mg tab er, er 10-500 mg tab er)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dapaglifloz base-metformin er 5-1000 mg tab 24h	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	NIVEL 1	
glipizide (glipizide 2.5 mg tab, glipizide 5 mg tab, glipizide 10 mg tab)	NIVEL 1	
glipizide er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)	NIVEL 2	
glipizide xl (2.5 mg tab er, 5 mg tab er, 10 mg tab er)	NIVEL 2	
glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 4	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	NIVEL 4	
glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	NIVEL 4	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
metformin hcl (500 mg tab, 850 mg tab, 1000 mg tab)	NIVEL 1	
metformin hcl er (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er)	NIVEL 1	
MOUNJARO (2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)	NIVEL 3	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) (MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	NIVEL 1	
repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
RYBELSUS (3 MG TAB, 7 MG TAB, 14 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er (er 50-500 mg tab er, er 100-1000 mg tab er)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er 50-1000 mg tab 24h	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phos-metformin hcl (50-1000 mg tab, 50-500 mg tab)	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phosphate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
SYNJARDY (5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR (5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
GLUCÉMICOS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30Days)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30Days)
diazoxide 50 mg/ml suspension	NIVEL 5	
glucagon emergency (glucagon emergency 1 mg recon soln, glucagon emergency 1 mg recon soln, glucagon emergency 1 mg/ml recon soln)	NIVEL 3	QL (2 PER 2Days)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INSULINAS		
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	NIVEL 3	INS
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN KWIK(50-50) 100 UNIT/ML SUSP	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN KWIK(75-25) 100 UNIT/ML SUSP	NIVEL 3	INS
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	INS
HUMULIN 70/30 KWIKPEN KWIK(70-30) 100 UNIT/ML SUSP	NIVEL 3	INS
HUMULIN N 100 UIT/ML SUSPESIO	NIVEL 3	INS
HUMULIN N KWIKPEN KWIK100 UIT/ML SUSP	NIVEL 3	INS
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	INS
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) (CONCENTATED) UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, INS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN KWIKUNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 /ML SOLN PEN	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	INS
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (40 PER 30 DAYS), INS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (45 PER 30 DAYS), INS
NOVOLIN R FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
NOVOLIN R FLEXPEN RELION FLEXELION 100 UNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 DAYS), INS
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 DAYS), INS

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

ANTICOAGULANTES

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution	NIVEL 4	QL (15 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution	NIVEL 4	QL (12 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution	NIVEL 4	QL (18 PER 30 DAYS)
heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml, 5000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
jantoven (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 1	
rivaroxaban 1 mg/ml recon susp	NIVEL 3	QL (600 PER 30 DAYS)
rivaroxaban 2.5 mg tab	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
warfarin sodium (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 1	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (51 PER 180Days)
HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS		
anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)	NIVEL 3	
eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine 25 mg packet	NIVEL 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine 75 mg tab	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
LEUKINE 250 MCG RECON SOLN	NIVEL 5	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
RETACRIT (2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	NIVEL 4	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
HEMOSTÁTICOS		
tranexamic acid 650 mg tab	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
MODIFICADORES PLAQUETARIOS		
aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap 12h	NIVEL 4	
cilostazol (50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 2	
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
CARDIOVASCULARES		
AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA		
clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)	NIVEL 4	
clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)	NIVEL 1	
droxidopa 100 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (540 PER 30 DAYS)
droxidopa 200 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
droxidopa 300 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (84 PER 90Days)
guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 4	
METHYLDOPA (METHYLDOPA 500 MG TAB, METHYLDOPA 250 MG TAB)	NIVEL 2	
midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA		
doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	NIVEL 2	
prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	NIVEL 2	
terazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	NIVEL 2	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)	NIVEL 4	
irbesartan (75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 2	
losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 1	
olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 2	
telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 3	
valsartan (40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab)	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)		
benazepril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	
captopril (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 3	
enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 2	
lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	
moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 mg tab)	NIVEL 3	
PERINDOPRIL ERBUMINE (PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 8 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 4 MG TAB)	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
quinapril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 2	
ramipril (1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	NIVEL 1	
trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	NIVEL 2	
ANTIARRÍTMICOS		
amiodarone hcl 200 mg tab	NIVEL 2	
digox 125 mcg tab	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)	NIVEL 4	
flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	NIVEL 2	
mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)	NIVEL 3	
pacerone 200 mg tab	NIVEL 2	
propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 2	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 2	
sotalol hcl (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab)	NIVEL 2	
sotalol hcl (af) (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)	NIVEL 2	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)	NIVEL 3	
atenolol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 1	
betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 4	
bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	
carvedilol (3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab)	NIVEL 1	
labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
metoprolol succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)	NIVEL 2	
metoprolol tartrate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 1	
nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 3	
propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 2	
propranolol hcl er (er 60 mg cap er, er 80 mg cap er, er 120 mg cap er, er 160 mg cap er)	NIVEL 2	
timolol maleate (timolol maleate 20 mg tab, timolol maleate 5 mg tab, timolol maleate 10 mg tab, timolol maleate 20 mg tab, timolol maleate 5 mg tab)	NIVEL 4	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHYDROPYRIDINES		
amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 1	
felodipine er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)	NIVEL 3	
nifedipine er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)	NIVEL 4	
nifedipine er osmotic release (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)	NIVEL 3	
nimodipine 30 mg cap	NIVEL 4	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS		
cartia xt (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er)	NIVEL 3	
cartia xt 300 mg cap er 24h	NIVEL 4	
dilt-xr (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er)	NIVEL 3	
diltiazem hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab)	NIVEL 2	
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	NIVEL 3	
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	NIVEL 3	
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	NIVEL 4	
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	NIVEL 4	
diltiazem hcl er (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er)	NIVEL 3	
diltiazem hcl er (er 60 mg cap er, er 90 mg cap er, er 120 mg cap er)	NIVEL 4	
diltiazem hcl er beads 420 mg cap 24h	NIVEL 4	
tiadylt er (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er)	NIVEL 3	
tiadylt er (er 300 mg cap er, er 360 mg cap er, er 420 mg cap er)	NIVEL 4	
verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)	NIVEL 2	
verapamil hcl er (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er)	NIVEL 3	
verapamil hcl er (er 120 mg tab er, er 180 mg tab er, er 240 mg tab er)	NIVEL 2	
VERAPAMIL HCL ER (ER 300 MG CAP ER 24H, ER 360 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	
CARDIOVASCULARES, OTROS		
acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)	NIVEL 2	
aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 4	
amiloride-hydrochlorothiazide (amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab, amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab)	NIVEL 2	
amlodipine besy-benazepril hcl (2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap, 10-20 mg cap, 10-40 mg cap)	NIVEL 1	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
metyrosine 250 mg cap	NIVEL 5	
olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	NIVEL 3	
pentoxifylline er 400 mg tab	NIVEL 2	
quinapril-hydrochlorothiazide (quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-25 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-25 mg tab)	NIVEL 2	
ranolazine er (er 500 mg tab er, er 1000 mg tab er)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan (49-51 mg tab, 97-103 mg tab)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan 24-26 mg tab	NIVEL 3	QL (180 PER 30 DAYS)
spironolactone-hctz 25-25 mg tab	NIVEL 2	
triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)	NIVEL 1	
valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)	NIVEL 2	
VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WEGOVY (0.25 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 0.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS), NDS
WEGOVY (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WEGOVY (1.7 MG/0.75ML SOLN A-INJ, 2.4 MG/0.75ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS), NDS
DIURÉTICOS, ASA		
bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 3	
bumetanide 0.25 mg/ml solution	NIVEL 4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
furosemide (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1	
furosemide (furosemide 10 mg/ml solution, furosemide 10 mg/ml solution)	NIVEL 4	
FUROSEMIDE (FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 2	
torsemide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 2	
DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO		
amiloride hcl 5 mg tab	NIVEL 2	
spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 2	
DIURÉTICOS, TIAZIDAS		
chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	
hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 1	
indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)	NIVEL 2	
metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	
DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO		
fenofibrate (48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap, 134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab)	NIVEL 2	
fenofibrate 200 mg cap	NIVEL 3	
fenofibrate micronized (43 mg cap, 130 mg cap, 200 mg cap)	NIVEL 3	
fenofibrate micronized (67 mg cap, 134 mg cap)	NIVEL 2	
fenofibric acid (45 mg cap dr, 135 mg cap dr)	NIVEL 3	
gemfibrozil 600 mg tab	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DISLIPIDÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HIDROXIMETILGLUTARIL-COENZIMA A (HMG-COA) REDUCTASA		
atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1	
lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 2	
rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 2	
simvastatin (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1	
DISLIPIDÉMICOS, OTROS		
cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	NIVEL 3	
cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	NIVEL 3	
colestipol hcl (1 gm tab, 5 gm granules, 5 gm packet)	NIVEL 4	
ezetimibe 10 mg tab	NIVEL 3	
ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)	NIVEL 4	
icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
niacin er (antihyperlipidemic) (er 750 mg tab er, er 1000 mg tab er)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	NIVEL 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	NIVEL 3	PA
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
dapagliflozin (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)	NIVEL 3	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA		
hydralazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 2	
minoxidil (2.5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	
VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA/VENOUS		
isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	NIVEL 3	
isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
isosorbide mononitrate er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 120 mg tab er)	NIVEL 2	
nitro-bid 2 % ointment	NIVEL 3	
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, 2 % ointment)	NIVEL 3	
nitroglycerin (0.3 mg tab, 0.4 mg tab, 0.6 mg tab)	NIVEL 2	
nitroglycerin 0.4 % ointment	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL		
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS ANFETAMÍNICOS CONTRA EL		
amphetamine-dextroamphetamine (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab)	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab	NIVEL 3	QL (150 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab	NIVEL 3	QL (90 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS NO ANFETAMÍNICOS CONTRA EL		
atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
atomoxetine hcl (60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
atomoxetine hcl 40 mg cap	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
dexmethylphenidate hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
guanfacine hcl er (er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er, er 4 mg tab er)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg tab	NIVEL 3	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 20 mg tab	NIVEL 3	QL (90 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 5 mg tab	NIVEL 3	QL (360 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er 10 mg tab	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er 20 mg tab	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
AUSTEDO (9 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
AUSTEDO 6 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR (6 MG TAB ER 24H, 12 MG TAB ER 24H, 18 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H, 36 MG TAB ER 24H, 42 MG TAB ER 24H, 48 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK	NIVEL 5	PA, QL (28 PER 30 DAYS)
bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30Days), NDS
butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30Days), NDS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
riluzole 50 mg tab	NIVEL 3	
tetrabenazine 12.5 mg tab	NIVEL 4	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
tetrabenazine 25 mg tab	NIVEL 4	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
VEOZAH 45 MG TAB	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
duloxetine hcl 20 mg cp dr part	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 30 mg cp dr part	NIVEL 3	QL (90 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 60 mg cp dr part	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
pregabalin (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
pregabalin 20 mg/ml solution	NIVEL 4	QL (900 PER 30 DAYS)
ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
BETASERON 0.3 MG KIT	NIVEL 5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
dalfampridine er 10 mg tab 12h	NIVEL 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
fingolimod hcl 0.5 mg cap	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr	NIVEL 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
glatopa 20 mg/ml soln prsyr	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
glatopa 40 mg/ml soln prsyr	NIVEL 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
BUCODENTALES		
chlorhexidine gluconate 0.12 % solution	NIVEL 2	
kourzeq 0.1 % paste	NIVEL 3	
oralone 0.1 % paste	NIVEL 3	
periogard 0.12 % solution	NIVEL 2	
pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	NIVEL 3	
triamcinolone acetonide 0.1 % paste	NIVEL 3	
DERMATOLÓGICOS		
ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	
acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)	NIVEL 4	
amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	
claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	
isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion	NIVEL 4	
tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)	NIVEL 4	
tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)	NIVEL 4	PA
tretinoin 0.025 % cream	NIVEL 3	PA
zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	
DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
ala-cort 1 % cream	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
alclometasone dipropionate (alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment, alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment)	NIVEL 3	
ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)	NIVEL 2	
betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	NIVEL 3	
betamethasone dipropionate aug (betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream, betamethasone dipropionate aug 0.05 % lotion, betamethasone dipropionate aug 0.05 % gel, betamethasone dipropionate aug 0.05 % ointment)	NIVEL 3	
betamethasone valerate (betamethasone valerate 0.1 % cream, betamethasone valerate 0.1 % lotion, betamethasone valerate 0.1 % ointment, betamethasone valerate 0.1 % lotion)	NIVEL 3	
clobetasol prop emollient base 0.05 % cream	NIVEL 4	
clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % solution)	NIVEL 4	
clobetasol propionate 0.05 % liquid	NIVEL 4	QL (250 PER 30 DAYS)
desoximetasone 0.25 % cream	NIVEL 4	
EUCRISA 2 % OINTMENT	NIVEL 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)	NIVEL 3	
fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)	NIVEL 4	
fluocinonide 0.1 % cream	NIVEL 3	
fluocinonide emulsified base 0.05 % cream	NIVEL 4	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DERMATOLÓGICOS, OTROS		
alcohol wipes 70 % misc	NIVEL 2	
calcipotriene (calcipotriene 0.005 % ointment, calcipotriene 0.005 % solution, calcipotriene 0.005 % solution)	NIVEL 4	
calcipotriene 0.005 % cream	NIVEL 3	
calcitrene 0.005 % ointment	NIVEL 4	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream	NIVEL 4	
cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc	NIVEL 2	
fluorouracil (fluorouracil 5 % cream, fluorouracil 2 % solution, fluorouracil 5 % solution)	NIVEL 3	
imiquimod 5 % cream	NIVEL 3	QL (24 PER 30 DAYS)
isopropyl alcohol 70 % misc	NIVEL 2	
isopropyl alcohol wipes 70 % misc	NIVEL 2	
medpura alcohol pads 70 % misc	NIVEL 2	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OTEZLA XR 75 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
podofilox (podofilox 0.5 % solution, podofilox 0.5 % solution)	NIVEL 3	
qc alcohol 70 % misc	NIVEL 2	
ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc	NIVEL 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
silver sulfadiazine 1 % cream	NIVEL 2	
ssd 1 % cream	NIVEL 2	
TOLAK 4 % CREAM	NIVEL 4	
VALCHLOR 0.016 % GEL	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS		
malathion 0.5 % lotion	NIVEL 4	
permethrin 5 % cream	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS		
ciclodan 8 % solution	NIVEL 2	
ciclopirox 8 % solution	NIVEL 2	
ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)	NIVEL 3	
clindamycin phos (once-daily) 1 % gel	NIVEL 4	
clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel	NIVEL 4	
clindamycin phosphate (1 % solution, 1 % swab)	NIVEL 2	
clindamycin phosphate 1 % lotion	NIVEL 4	
erythromycin (erythromycin 2 % gel, erythromycin 2 % gel)	NIVEL 4	
erythromycin 2 % solution	NIVEL 2	
mupirocin 2 % ointment	NIVEL 2	
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES		
dextrose (dextrose 10 % solution, dextrose 5 % solution, dextrose 5 % solution, dextrose 10 % solution)	NIVEL 4	
dextrose in lactated ringers in 5 % solution	NIVEL 4	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	NIVEL 4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
dextrose-sodium chloride (dextrose-sodium chloride 5-0.225 % solution, dextrose-sodium chloride 10-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 10-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.3 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.33 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution)	NIVEL 4	
kcl in dextrose-nacl (kcl in dextrose-nacl 20-5-0.2 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)	NIVEL 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	NIVEL 4	
klor-con (klor-con 8 meq tab er, klor-con 8 meq tab er)	NIVEL 2	
klor-con 10 (klor-con 10 10 meq tab er, klor-con 10 10 meq tab er)	NIVEL 2	
klor-con m10 meq tab er	NIVEL 2	
klor-con m15 meq tab er	NIVEL 2	
klor-con m20 meq tab er	NIVEL 2	
lactated ringers (lactated ringers solution, lactated ringers solution)	NIVEL 4	
magnesium sulfate (magnesium sulfate 50 % solution, magnesium sulfate 50 % solution)	NIVEL 4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	NIVEL 3	
potassium chloride (potassium chloride 20 meq/100ml solution, potassium chloride 40 meq/100ml solution, potassium chloride 10 meq/100ml solution, potassium chloride 20 meq/100ml solution, potassium chloride 40 meq/100ml solution, potassium chloride 2 meq/ml solution, potassium chloride 10 % solution, potassium chloride 10 meq/100ml solution, potassium chloride 20 meq/15ml (10%) solution, potassium chloride 40 meq/15ml (20%) solution)	NIVEL 4	
potassium chloride crys er (er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er)	NIVEL 2	
potassium chloride er (potassium chloride er 8 meq cap er, potassium chloride er 8 meq tab er, potassium chloride er 10 meq cap er, potassium chloride er 8 meq tab er, potassium chloride er 15 meq tab er, potassium chloride er 10 meq tab er, potassium chloride er 20 meq tab er)	NIVEL 2	
potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution	NIVEL 4	
potassium chloride in nacl (potassium chloride in nacl 20-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 20-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 40-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 40-0.9 meq/l-% solution)	NIVEL 4	
potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)	NIVEL 4	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	NIVEL 4	
PREMASOL 10 % SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
prenatal vitamins	NIVEL 3	
ringers solution	NIVEL 4	

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION, SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION)	NIVEL 4	
GASTROINTESTINALES		
ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
constulose 10 gm/15ml solution	NIVEL 2	
enulose 10 gm/15ml solution	NIVEL 2	
gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln	NIVEL 2	
generlac 10 gm/15ml solution	NIVEL 2	
lactulose (10 gm/15ml, 20 gm/30ml)	NIVEL 2	
lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution	NIVEL 2	
LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution	NIVEL 3	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln	NIVEL 2	
ANTIDIARREICOS		
alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)	NIVEL 4	PA
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab	NIVEL 3	
loperamide hcl 2 mg cap	NIVEL 2	
XERMELO 250 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES		
dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)	NIVEL 2	PA
glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
GASTROINSTESTINALES, OTHER		
bis subcit-metronid-tetracyc 140-125-125 mg cap	NIVEL 4	QL (240 PER 365Days)
bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap	NIVEL 4	QL (240 PER 365Days)
cromolyn sodium 100 mg/5ml conc	NIVEL 4	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	NIVEL 2	
gavilyte-g 236 gm recon soln	NIVEL 2	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	NIVEL 5	PA
peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln	NIVEL 2	
ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 3	
ursodiol 300 mg cap	NIVEL 4	
VOQUEZNA DUAL PAK 500-20 MG THER PACK	NIVEL 4	PA, QL (112 PER 14 DAYS)
VOQUEZNA TRIPLE PAK 500-500-20 MG THER PACK	NIVEL 4	PA, QL (112 PER 14 DAYS)
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)		
cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)	NIVEL 4	
famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 2	
PROTECTORES		
misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)	NIVEL 3	
sucralfate 1 gm tab	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
lansoprazole 15 mg cap dr	NIVEL 3	
lansoprazole 30 mg cap dr	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
omeprazole (10 mg cap dr, 20 mg cap dr)	NIVEL 2	
omeprazole 40 mg cap dr	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
pantoprazole sodium 20 mg tab dr	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
pantoprazole sodium 40 mg tab dr	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
rabeprazole sodium 20 mg tab dr	NIVEL 4	

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

ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ARALAST NP (500 MG RECON SOLN, 1000 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
betaine powder	NIVEL 5	
carglumic acid 200 mg tab sol	NIVEL 5	PA, LA
CREON (3000-9500 CP DR PART, 6000-19000 CP DR PART, 12000-38000 CP DR PART, 24000-76000 CP DR PART, 36000-114000 CP DR PART)	NIVEL 3	
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	NIVEL 3	
l-glutamine 5 gm packet	NIVEL 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
levocarnitine 330 mg tab	NIVEL 3	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	NIVEL 5	PA
REVCOVI 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA
sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)	NIVEL 5	PA
sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)	NIVEL 5	PA
ZENPEP (3000-10000 CP DR PART, 5000-24000 CP DR PART, 10000-32000 CP DR PART, 15000-47000 CP DR PART, 20000-63000 CP DR PART, 25000-79000 CP DR PART, 40000-126000 CP DR PART, 60000-189600 CP DR PART)	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
GENITOURINARIOS		
ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS		
GEMTESA 75 MG TAB	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	NIVEL 3	QL (300 PER 30 DAYS)
oxybutynin chloride 5 mg tab	NIVEL 2	
oxybutynin chloride er (er 5 mg tab er, er 10 mg tab er, er 15 mg tab er)	NIVEL 3	
solifenacin succinate (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 4	ST
tolterodine tartrate er (er 2 mg cap er, er 4 mg cap er)	NIVEL 4	ST
trospium chloride 20 mg tab	NIVEL 3	
HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
alfuzosin hcl er 10 mg tab 24h	NIVEL 2	
dutasteride 0.5 mg cap	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
finasteride 5 mg tab	NIVEL 2	
silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
tadalafil 2.5 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
tadalafil 5 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	NIVEL 2	
GENITOURINARIOS, OTROS		
bethanechol chloride (5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	
FILSPARI 200 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
FILSPARI 400 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
penicillamine 250 mg tab	NIVEL 5	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)		
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	NIVEL 4	
dexamethasone (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)	NIVEL 2	
dexamethasone 0.5 mg/5ml elixir	NIVEL 3	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	
dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	NIVEL 2	
methylprednisolone (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)	NIVEL 3	
methylprednisolone 4 mg tab thpk	NIVEL 2	
methylprednisolone acetate (methylprednisolone acetate 40 mg/ml suspension, methylprednisolone acetate 80 mg/ml suspension, methylprednisolone acetate 40 mg/ml suspension, methylprednisolone acetate 80 mg/ml suspension)	NIVEL 4	
methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln	NIVEL 4	
prednisolone 15 mg/5ml solution	NIVEL 2	
prednisolone sodium phosphate (5 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml, 25 mg/5ml)	NIVEL 4	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5ml solution	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
prednisone (1 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	
PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 3	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	NIVEL 4	
TARPEYO 4 MG CAP DR	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution	NIVEL 4	
desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)	NIVEL 3	
desmopressin acetate 4 mcg/ml solution	NIVEL 4	
desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution	NIVEL 4	
desmopressin acetate spray (desmopressin acetate spray 0.01 % solution, desmopressin acetate spray 0.01 % solution)	NIVEL 4	
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	PA

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

ANDRÓGENOS

danazol (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)	NIVEL 4	
depo-testosterone (100 mg/ml, 200 mg/ml)	NIVEL 3	
testosterone (testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 25 mg/2.5gm (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel, testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel)	NIVEL 4	PA, QL (300 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
testosterone cypionate (testosterone cypionate 200 mg/ml solution, testosterone cypionate 100 mg/ml solution, testosterone cypionate 200 mg/ml solution)	NIVEL 3	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)
ESTRÓGENOS		
afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
altavera 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
apri 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	NIVEL 4	
aubra 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
aviane 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
ayuna 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	NIVEL 4	
balziva 0.4-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
briellyn 0.4-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
cryselle 0.3-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
cyred 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
delyla 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	NIVEL 4	
desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	NIVEL 4	
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)	NIVEL 4	QL (16 PER 28 DAYS)
drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)	NIVEL 4	
elinest 0.3-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring	NIVEL 3	
enilloring 0.12-0.015 mg/24hr	NIVEL 3	
enpresse-28 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	NIVEL 4	
enskyce 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
estarylla 0.25-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
estradiol (0.01 % cream, 10 mcg tab)	NIVEL 4	
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)	NIVEL 4	QL (16 PER 28 DAYS)
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)	NIVEL 4	QL (8 PER 28 DAYS)
estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 2	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	NIVEL 4	QL (1 PER 84Days)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)	NIVEL 4	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring	NIVEL 3	
falmina 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)	NIVEL 4	
hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring	NIVEL 3	
iclevia 0.15-0.03 mg tab	NIVEL 4	
introvale 0.15-0.03 mg tab	NIVEL 4	
isibloom 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
jasmiel 3-0.02 mg tab	NIVEL 4	
jinteli 1-5 mg-mcg tab	NIVEL 4	
jolessa 0.15-0.03 mg tab	NIVEL 4	
joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab	NIVEL 4	
juleber 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
junel 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
kalliga 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	NIVEL 4	
kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab	NIVEL 4	
kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
larin 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
lessina 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	NIVEL 4	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	NIVEL 4	
levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 mg tab	NIVEL 4	
levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab	NIVEL 4	
levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 tab, 0.15-30 tab)	NIVEL 4	
levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
lo-zumandimine 3-0.02 mg tab	NIVEL 4	
loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
loryna 3-0.02 mg tab	NIVEL 4	
low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
lutera 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
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)	NIVEL 4	QL (16 PER 28 DAYS)
marlissa 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	NIVEL 4	
microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
mili 0.25-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab	NIVEL 4	
mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
nikki 3-0.02 mg tab	NIVEL 4	
norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk	NIVEL 3	
norethin ace-eth estrad-fe (1-20 tab, 1.5-30 tab)	NIVEL 4	
norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	NIVEL 4	
norethindrone acet-ethinyl est (1-20 tab, 1.5-30 tab)	NIVEL 4	
norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)	NIVEL 4	
norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	
norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
ocella 3-0.03 mg tab	NIVEL 4	
philith 0.4-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	NIVEL 4	
portia-28 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	NIVEL 3	
reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
setlakin 0.15-0.03 mg tab	NIVEL 4	
simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	NIVEL 4	
sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
sronyx 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
syeda 3-0.03 mg tab	NIVEL 4	
tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	
tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	
trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	NIVEL 4	
turqoz 0.3-30 mg-mcg tab	NIVEL 4	
valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
VALTYA 1/50 1-50 MG-MCG TAB	NIVEL 4	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	NIVEL 4	
vestura 3-0.02 mg tab	NIVEL 4	
vienva 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 4	
viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	NIVEL 4	
volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	NIVEL 4	
vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
vylibra 0.25-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
wera 0.5-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	NIVEL 4	
xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	NIVEL 4	
xulane 150-35 mcg/24hr patch wk	NIVEL 3	
yuvafem 10 mcg tab	NIVEL 4	
zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk	NIVEL 3	
zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 4	
zumandimine 3-0.03 mg tab	NIVEL 4	
PROGESTINAS		
camila 0.35 mg tab	NIVEL 3	
deblitane 0.35 mg tab	NIVEL 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	
emzahh 0.35 mg tab	NIVEL 3	
errin 0.35 mg tab	NIVEL 3	
gallifrey 5 mg tab	NIVEL 2	
heather 0.35 mg tab	NIVEL 3	
incassia 0.35 mg tab	NIVEL 3	
jencycla 0.35 mg tab	NIVEL 3	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	NIVEL 3	
lyleq 0.35 mg tab	NIVEL 3	
lyza 0.35 mg tab	NIVEL 3	
medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)	NIVEL 3	
medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	
megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
meleya 0.35 mg tab	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	NIVEL 3	
nora-be 0.35 mg tab	NIVEL 3	
norethindrone 0.35 mg tab	NIVEL 3	
norethindrone acetate 5 mg tab	NIVEL 2	
norlyroc 0.35 mg tab	NIVEL 3	
orquidea 0.35 mg tab	NIVEL 3	
progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)	NIVEL 2	
sharobel 0.35 mg tab	NIVEL 3	
MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS		
OSPHENA 60 MG TAB	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
raloxifene hcl 60 mg tab	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
euthyrox (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)	NIVEL 1	
levo-t (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)	NIVEL 3	
levothyroxine sodium (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)	NIVEL 1	
levoxyl (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)	NIVEL 3	
liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)	NIVEL 3	
REZDIFFRA (60 MG TAB, 80 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SYNTHROID (25 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB, 100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 300 MCG TAB)	NIVEL 4	
unithroid (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)	NIVEL 3	
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
cabergoline 0.5 mg tab	NIVEL 3	
leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit	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	
mifepristone 300 mg tab	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
octreotide acetate (octreotide acetate 50 mcg/ml solution, octreotide acetate 100 mcg/ml solution, octreotide acetate 200 mcg/ml solution, octreotide acetate 500 mcg/ml solution, octreotide acetate 1000 mcg/ml solution, octreotide acetate 50 mcg/ml soln prsyr, octreotide acetate 100 mcg/ml soln prsyr)	NIVEL 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	
HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)		
ANTITIROIDEOS		
methimazole (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	
propylthiouracil 50 mg tab	NIVEL 3	
INMUNOLÓGICOS		
ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
HAEGARDA (2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN)	NIVEL 5	PA, LA
icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60Days)
sajazir 30 mg/3ml soln prsyr	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60Days)
INMUNOGLOBULINAS		
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA
INMUNOLÓGICOS, OTROS		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA
AURANOFIN 3 MG CAP	NIVEL 3	
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 /ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, LA
COSENTYX (75 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, LA
COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, LA
DUPIXENT (200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
ENTYVIO PEN 108 MG/0.68ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (1.36 ML PER 28 DAYS)
KINERET 100 MG/0.67ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (18.76 ML PER 28 DAYS)
OTEZLA (4 X 10 51 X20 MG TAB THPK, 10 20 30 MG TAB THPK)	NIVEL 5	PA, QL (55 PER 28Days)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 MG TAB TH	NIVEL 5	PA, QL (41 PER 28 DAYS)
RIDAURA 3 MG CAP	NIVEL 3	
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA, QL (168 PER 365Days)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365Days)
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	NIVEL 5	PA, QL (1.2 PER 56Days)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	NIVEL 5	PA, QL (2.4 PER 56Days)
SKYRIZI 55 MG/0.37ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (2.22 ML PER 365Days)
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 365Days)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365Days)
TREMFYA 100 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (1 SYRINGE PER 56 DAYS)
TREMFYA 200 MG/20ML SOLUTION	NIVEL 5	PA

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TREMFYA 200 MG/2ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (2 ML PER 28 DAYS)
TREMFYA ONE-PRESS 100 MG/ML SOLN PEN	NIVEL 5	PA, QL (1 PEN PER 56 DAYS)
TREMFYA PEN 100 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (1 PEN PER 56 DAYS)
TREMFYA PEN 200 MG/2ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (2 ML PER 28 DAYS)
TREMFYA-CD/UC INDUCTION 200 MG/2ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (24 ML PER 365Days)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
VELSIPITY 2 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR (75 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	NIVEL 4	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (104 ML PER 365Days)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)
INMUNOESTIMULANTES		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
INMUNOSUPRESORES		
azathioprine 50 mg tab	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
cyclosporine (25 mg cap, 100 mg cap)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine modified (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
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 50 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (8 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)
ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
everolimus 1 mg tab	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
gengraf (25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	NIVEL 4	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	NIVEL 4	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 4	
METHOTREXATE SODIUM (50 MG/2ML SOLUTION, 250 MG/10ML SOLUTION)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
methotrexate sodium (pf) (methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution, methotrexate sodium (pf) 250 mg/10ml solution, methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 1000 mg/40ml solution)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium 2.5 mg tab	NIVEL 2	
mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 500 mg soln)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	NIVEL 4	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	NIVEL 4	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) RINGE) 80 MG/0.8ML PREF KT	NIVEL 4	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	NIVEL 4	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) RINGE) 20 MG/0.2ML PREF KT	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) RINGE) 40 MG/0.4ML PREF KT	NIVEL 4	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYMFENTRA (1 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ZYMFENTRA (2 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) RINGE) 120 MG/ML PREF KT	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
VACUNAS		
ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	NIVEL 3	VAC
ACTHIB RECONSOLN	NIVEL 3	
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	NIVEL 3	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	NIVEL 4	VAC
BEXSERO SUSPPRSYR	NIVEL 3	VAC
BOOSTRIX 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5SUSPENSION	NIVEL 3	
DENGVAXIA RECONSUSP	NIVEL 4	
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (9 SUSPENSION, 9 0.5 ML SUSP PRSYR)	NIVEL 4	VAC
HAVRIX (720 U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 U/0.5ML SUSPENSION)	NIVEL 3	
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	NIVEL 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	NIVEL 4	VAC
INFANRIX 25-58-10SUSPENSION	NIVEL 3	
IPOL SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
IXIARO SUSPENSION	NIVEL 4	VAC

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	
M-M-R II RECONSOLN	NIVEL 3	VAC
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	NIVEL 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	NIVEL 3	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
PEDIARIX SUSPPRSYR	NIVEL 3	
PEDVAXHIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
PENMENVY RECONSUSP	NIVEL 3	
PENTACEL RECONSUSP	NIVEL 3	
PRIORIX RECONSUSP	NIVEL 3	VAC
PROQUAD RECONSUSP	NIVEL 4	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	
RABAVERT RECONSUSP	NIVEL 4	VAC
RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION, 10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
ROTARIX SUSPENSION	NIVEL 3	
ROTATEQ SOLUTION	NIVEL 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	QL (2 PER 365Days), VAC
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	QL (1 ML PER 365 DAYS), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC

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

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

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

AMINOSALICILATOS

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

GLUCOCORTICOIDES

budesonide 3 mg cp dr part	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
budesonide er 9 mg tab 24h	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg/60ml enema)	NIVEL 3	

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)	NIVEL 1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BILDYOS 60 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA
BILPREVDA 120 MG/1.7ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
calcitonin (salmon) 200 unit/act solution	NIVEL 3	QL (3.7 PER 30 DAYS)
calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)	NIVEL 2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENOBY 60 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA
ibandronate sodium 150 mg tab	NIVEL 2	
ibandronate sodium 3 mg/3ml solution	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA
paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
teriparatide (teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen, teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen)	NIVEL 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	NIVEL 5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (1.7 PER 28 DAYS)
XTRENBO 120 MG/1.7ML SOLUTION	NIVEL 4	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
zoledronic acid (zoledronic acid 4 mg/100ml solution, zoledronic acid 4 mg/5ml conc, zoledronic acid 5 mg/100ml solution)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32GX4MMMISC	NIVEL 3	
ALCOHOL 70% PADS	NIVEL 2	
ALCOHOL PADS S 70 %	NIVEL 2	
ALCOHOL PREP PAD	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ALCOHOL PREP PADS S 70 %	NIVEL 2	
ALCOHOL SWABS 70 % PAD	NIVEL 2	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	NIVEL 2	
AQ INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
AQINJECT PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
ARGYLE STERILE WATER SOLUTION	NIVEL 2	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31GX5MMMISC	NIVEL 3	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30GX5MMMISC	NIVEL 3	
AUM ALCOHOL PREP PADS S 70 %	NIVEL 2	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)	NIVEL 3	
AUM PEN NEEDLE (PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC, PEN 33G 4 MISC, PEN 33G 5 MISC, PEN 33G 6 MISC)	NIVEL 3	
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE (PEN 5 MISC, PEN 8 MISC)	NIVEL 3	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM MISC	NIVEL 3	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	NIVEL 2	
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS 32GX4MMMISC	NIVEL 3	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
EASY COMFORT PEN NEEDLES (PEN 29G 4MM MISC, PEN 29G 5MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	NIVEL 3	
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML MISC	NIVEL 3	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30GX5MMMISC	NIVEL 3	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (5/16" 0.3 ML MISC, 15/64" 0.3 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE (29G 1/2" 0.3 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" ML MISC	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 3GX4MMMISC	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32GX4MMMISC	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 29GX12.7MMMISC	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	NIVEL 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 5 MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
gauze pads 2	NIVEL 2	
GNP PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 6 MISC)	NIVEL 3	
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70 % PAD	NIVEL 2	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE 1 ML	NIVEL 3	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G 1/2" 0.5 ML MISC, 27G 1/2" 1 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC, 28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
INSUPEN PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
INSUPEN32G EXTR3ME 6MMMISC	NIVEL 3	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
lactated ringers solution	NIVEL 2	
methergine 0.2 mg tab	NIVEL 4	
methylergonovine maleate 0.2 mg tab	NIVEL 4	
NOVOFINE 32G X 6 MM MISC	NIVEL 3	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
PEN NEEDLES (PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PENBRAYA RECONSUSP	NIVEL 3	VAC
PRO COMFORT ALCOHOL 70 % PAD	NIVEL 2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 4 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC, PEN 32G 8 MM MISC, PEN 33G 4 MM MISC, PEN 33G 5 MM MISC, PEN 33G 6 MM MISC, PEN 33G 8 MM MISC)	NIVEL 3	
ringers irrigation (ringers irrigation solution, ringers irrigation solution)	NIVEL 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 31GX5MMMISC	NIVEL 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2"PAD	NIVEL 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
sterile water for irrigation (sterile water for irrigation solution, sterile water for irrigation solution)	NIVEL 2	
SUPER TOUCH INSULIN SYRINGE (27G 1/2" 0.5 ML MISC, 27G 5/8" 1 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC, 28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SUPER TOUCH PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32GX4MMMISC	NIVEL 3	
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 32GX4MMMISC	NIVEL 3	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC, 32G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 6 MISC)	NIVEL 3	
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES 32GX4MMMISC	NIVEL 3	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
UNIFINE PENTIPS 32GX4MMMISC	NIVEL 3	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (PEN 30G 5 MISC, PEN 30G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	NIVEL 3	

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

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

OFTÁLMICOS

OFTÁLMICOS, OTROS

atropine sulfate (atropine sulfate 1 % solution, atropine sulfate 1 % solution)	NIVEL 3	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc (bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment, bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment)	NIVEL 3	
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
dorzolamide hcl-timolol mal (dorzolamide hcl-timolol mal 2-0.5 % solution, dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution, dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution)	NIVEL 2	
neo-polycin 3.5-400-10000ointment	NIVEL 3	
neo-polycin hc 1 % ointment	NIVEL 3	
neomycin-bacitracin zn-polymyx (neomycin-bacitracin zn-polymyx 3.5-400-10000 ointment, neomycin-bacitracin zn-polymyx 5-400-10000 ointment, neomycin-bacitracin zn-polymyx 5-400-10000 ointment)	NIVEL 3	
neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025SOLUTION	NIVEL 3	
polycin 500-10000 unit/gm ointment	NIVEL 2	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	NIVEL 2	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	NIVEL 4	
XDEMVY 0.25 % SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	NIVEL 3	
OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS		
azelastine hcl 0.05 % solution	NIVEL 3	
cromolyn sodium (cromolyn sodium 4 % solution, cromolyn sodium 4 % solution)	NIVEL 2	
OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	
erythromycin (erythromycin 5 mg/gm ointment, erythromycin 5 mg/gm ointment)	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
gentamicin sulfate 0.3 % solution	NIVEL 2	
LEVOFLOXACIN (LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION, LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION, LEVOFLOXACIN 1.5 % SOLUTION)	NIVEL 4	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	NIVEL 4	
moxifloxacin hcl 0.5 % solution	NIVEL 4	
NATACYN 5 % SUSPENSION	NIVEL 4	
ofloxacin 0.3 % solution	NIVEL 2	
polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution	NIVEL 2	
sulfacetamide sodium (sulfacetamide sodium 10 % ointment, sulfacetamide sodium 10 % solution, sulfacetamide sodium 10 % solution)	NIVEL 2	
tobramycin 0.3 % solution	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	
diclofenac sodium 0.1 % solution	NIVEL 2	
fluorometholone 0.1 % suspension	NIVEL 3	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	NIVEL 2	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	NIVEL 3	QL (3 PER 30 DAYS)
KETOROLAC TROMETHAMINE 0.4 % SOLUTION	NIVEL 3	
ketorolac tromethamine 0.5 % solution	NIVEL 2	
prednisolone acetate 1 % suspension	NIVEL 3	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
OPHTHALMIC BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
betaxolol hcl (betaxolol hcl 0.5 % solution, betaxolol hcl 0.5 % solution)	NIVEL 3	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	NIVEL 2	
timolol maleate (0.25 % gel soln, 0.5 % gel soln)	NIVEL 4	
timolol maleate (0.25 %, 0.5 %)	NIVEL 1	
OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS		
acetazolamide er 500 mg cap 12h	NIVEL 4	
apraclonidine hcl (apraclonidine hcl 0.5 % solution, apraclonidine hcl 0.5 % solution)	NIVEL 4	
brimonidine tartrate 0.1 % solution	NIVEL 3	
brimonidine tartrate 0.2 % solution	NIVEL 2	
dorzolamide hcl (dorzolamide hcl 2 % solution, dorzolamide hcl 2 % solution)	NIVEL 2	
methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 4	
pilocarpine hcl (1 %, 2 %, 4 %)	NIVEL 3	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS		
bimatoprost 0.03 % solution	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)
latanoprost (latanoprost 0.005 % solution, latanoprost 0.005 % solution)	NIVEL 1	
travoprost (bak free) 0.004 % solution	NIVEL 2	QL (5 PER 30 DAYS)
ÓTICOS		
acetic acid 2 % solution	NIVEL 2	
ciprofloxacin hcl 0.2 % solution	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	NIVEL 4	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
DERMOTIC 0.01 % OIL	NIVEL 3	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution	NIVEL 4	
neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)	NIVEL 2	
ofloxacin 0.3 % solution	NIVEL 3	
TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL		
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR		
ARNUITY ELLIPTA (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (50 MCG/ACT AEROSOL, 100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL)	NIVEL 3	QL (13 PER 30 DAYS)
budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
QVAR REDIHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	NIVEL 3	QL (21.2 PER 30 DAYS)
ANTIHISTAMÍNICOS		
azelastine hcl (0.1 %, 137 mcg/spray)	NIVEL 2	QL (30 PER 25 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
cyproheptadine hcl 4 mg tab	NIVEL 4	PA
hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 3	PA
hydroxyzine pamoate (hydroxyzine pamoate 50 mg cap, hydroxyzine pamoate 100 mg cap, hydroxyzine pamoate 25 mg cap)	NIVEL 3	PA
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab	NIVEL 2	
ANTILEUCOTRIENOS		
montelukast sodium (4 mg chew tab, 5 mg chew tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
montelukast sodium 4 mg packet	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
BRONCODILATADORES, ANTICOLINÉRGICOS		
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.02 % solution	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ipratropium bromide 0.03 % solution	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.06 % solution	NIVEL 2	QL (45 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide hfa 17 mcg/act aero soln	NIVEL 4	QL (25.8 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	NIVEL 3	QL (4 PER 30 DAYS)
tiotropium bromide 18 mcg cap	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
BRONCODILATADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	NIVEL 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)	NIVEL 2	QL (36 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
albuterol sulfate (2 mg tab, 2 mg/5ml syrup, 4 mg tab, 8 mg/20ml syrup)	NIVEL 4	
albuterol sulfate (albuterol sulfate 0.63 mg/3ml nebu soln, albuterol sulfate 1.25 mg/3ml nebu soln, albuterol sulfate 2.5 mg/0.5ml nebu soln, albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, albuterol sulfate (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, albuterol sulfate (5 mg/ml) 0.5% nebu soln)	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln	NIVEL 2	QL (36 PER 30 DAYS)
epinephrine (epinephrine 0.3 mg/0.3ml soln a-inj, epinephrine 0.15 mg/0.15ml soln a-inj, epinephrine 0.3 mg/0.3ml soln a-inj, epinephrine 0.15 mg/0.3ml soln a-inj)	NIVEL 3	QL (24 PER 365Days)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	NIVEL 3	QL (24 PER 365Days)
levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml soln, 0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/0.5ml soln, 1.25 mg/3ml soln)	NIVEL 4	PA
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
KALYDECO (5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
TOBI PODHALER 28 MG CAP	NIVEL 5	PA, LA, QL (224 PER 56Days)
tobramycin 300 mg/4ml nebu soln	NIVEL 4	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
tobramycin 300 mg/5ml nebu soln	NIVEL 4	PA, QL (280 PER 56Days)
TRIKAFTA (50-25-37.5 75 MG TAB THPK, 100-50-75 150 MG TAB THPK)	NIVEL 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS		
cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS		
roflumilast 250 mcg tab	NIVEL 4	QL (28 PER 180Days)
roflumilast 500 mcg tab	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
theophylline er (theophylline er 300 mg tab er 12h, theophylline er 400 mg tab er 24h, theophylline er 450 mg tab er 12h, theophylline er 600 mg tab er 24h, theophylline er 100 mg tab er 12h, theophylline er 200 mg tab er 12h)	NIVEL 3	
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 4	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
macitentan 10 mg tab	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
riociguat (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab)	NIVEL 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
sildenafil citrate 20 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
UPTRAVI (200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB, 1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 100 MCG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (420 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 150 MCG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (560 PER 28 DAYS)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	NIVEL 5	PA, LA, QL (200 PER 180Days)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 21Days)
FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA		
nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)	NIVEL 3	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
pirfenidone 801 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
acetylcysteine (10 %, 20 %)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (45-21 MCG/ACT AEROSOL, 115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL)	NIVEL 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (50-25 MCG/INH AER POW BA, 100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
breyna (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)	NIVEL 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)	NIVEL 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 4	QL (4 PER 30 DAYS)
flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution	NIVEL 4	QL (50 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate 50 mcg/act suspension	NIVEL 2	QL (16 PER 30 DAYS)
fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (55-14 MCG/ACT AER POW BA, 113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 2	QL (1 PER 30 DAYS)
ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
NUCALA (100 MG RECON SOLN, 100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 28 DAYS)
NUCALA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, LA, QL (0.4 PER 28 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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)
wixela inhub (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
MIORRELAJANTES		
cyclobenzaprine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 4	PA
methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)	NIVEL 4	PA
TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS		
DORMIR, MEDICAMENTOS PARA		
eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
ramelteon 8 mg tab	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
tasimelteon 20 mg cap	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
temazepam 15 mg cap	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
temazepam 30 mg cap	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate 10 mg tab	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate 5 mg tab	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
EUGEROICOS		
armodafinil (50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab)	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
modafinil 100 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
modafinil 200 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
sodium oxybate (sodium oxybate 500 mg/ml solution, sodium oxybate 500 mg/ml solution)	NIVEL 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

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

Índice de medicamentos

A

abacavir sulfate . . . 48
abacavir sulfate-lamivudine . . . 48
ABELCET . . . 22
ABILIFY MAINTENA . . . 42
abiraterone acetate . . . 25,26
abirtega . . . 26
ABRYSVO . . . 98
acamprosate calcium . . . 4
acarbose . . . 52
accutane . . . 70
acebutolol hcl . . . 60
acetaminophen-codeine . . . 2
acetazolamide . . . 62
acetazolamide er . . . 111
acetic acid . . . 111
acetylcysteine . . . 116
acitretin . . . 70
ACTHIB . . . 98
ACTIMMUNE . . . 95
acyclovir . . . 50
acyclovir sodium . . . 50
ADACEL . . . 98
adefovir dipivoxil . . . 46
ADEMPAS . . . 115
ADVAIR HFA . . . 116
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE . . . 101
afirmelle . . . 84
AIMOVIG . . . 24
AKEEGA . . . 27
ala-cort . . . 70
albendazole . . . 39
ALBUTEROL 90MCG HFA INHALER (GENERIC PROAIR) . . . 113
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Proair) . . . 113
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Proventil) . . . 113
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin) . . . 113
albuterol sulfate . . . 114
albuterol sulfate hfa . . . 114
alclometasone dipropionate . . . 71
ALCOHOL 70% PADS . . . 101
ALCOHOL PADS . . . 101
ALCOHOL PREP . . . 101
ALCOHOL PREP PADS . . . 102
ALCOHOL SWABS . . . 102
ALCOHOL SWABSTICK . . . 102
alcohol wipes . . . 73
ALDURAZYME . . . 80
ALECENSA . . . 29
alendronate sodium . . . 100
alfuzosin hcl er . . . 81
aliskiren fumarate . . . 62
allopurinol . . . 23
alosetron hcl . . . 78
alprazolam . . . 51
altavera . . . 84
ALUNBRIG . . . 29
alyacen 1/35 . . . 84
alyacen 7/7/7 . . . 84
amantadine hcl . . . 40
ambrisentan . . . 115
amikacin sulfate . . . 5
amiloride hcl . . . 65
amiloride-hydrochlorothiazide . . . 62
amiodarone hcl . . . 60
amitriptyline hcl . . . 20
amlodipine besy-benazepril hcl . . . 62
amlodipine besylate . . . 61
amlodipine besylate-valsartan . . . 63
amlodipine-olmesartan . . . 63
amlodipine-valsartan-hctz . . . 63
ammonium lactate . . . 71
amnesteem . . . 70
amoxapine . . . 20
amoxicillin . . . 9
amoxicillin trihydrate . . . 9
amoxicillin-pot clavulanate . . . 9
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE . . . 9

amphetamine-dextroamphetamine . . . 67,68
AMPHOTERICIN B . . . 22
amphotericin b liposome . . . 22
ampicillin . . . 9
ampicillin sodium . . . 9
ampicillin-sulbactam sodium . . . 9
anagrelide hcl . . . 57
anastrozole . . . 28
ANORO ELLIPTA . . . 116
apraclonidine hcl . . . 111
aprepitant . . . 22
apri . . . 84
APTIVUS . . . 49
AQ INSULIN SYRINGE . . . 102
AQINJECT PEN NEEDLE . . . 102
ARALAST NP . . . 80
ARANELLE . . . 84
ARCALYST . . . 93
AREXVY . . . 98
ARGYLE STERILE WATER . . . 102
ARIKAYCE . . . 5
aripiprazole . . . 42
armodafinil . . . 117
ARNUITY ELLIPTA . . . 112
asenapine maleate . . . 42
ASMANEX (120 METERED DOSES) . . . 112
ASMANEX (14 METERED DOSES) . . . 112
ASMANEX (30 METERED DOSES) . . . 112
ASMANEX (60 METERED DOSES) . . . 112
ASMANEX HFA . . . 112
aspirin-dipyridamole er . . . 58
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES . . . 102
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES . . . 102
atazanavir sulfate . . . 49
atenolol . . . 60
atenolol-chlorthalidone . . . 63
atomoxetine hcl . . . 68
atorvastatin calcium . . . 66
atovaquone . . . 39
atovaquone-proguanil hcl . . . 39
atropine sulfate . . . 108
aubra . . . 84
aubra eq . . . 84
AUGTYRO . . . 27
AUM ALCOHOL PREP PADS . . . 102
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE . . . 102
AUM PEN NEEDLE . . . 102
AURANOFIN . . . 93
aurovela 1.5/30 . . . 84
aurovela 1/20 . . . 84
aurovela fe 1.5/30 . . . 84
aurovela fe 1/20 . . . 84
AUSTEDO . . . 68
AUSTEDO XR . . . 68
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION . . . 68
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE . . . 102
AUVELITY . . . 18
AUVELITY TITRATION PACK . . . 18
aviane . . . 84
avidoxy . . . 12
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK . . . 28
ayuna . . . 84
AYVAKIT . . . 29
azathioprine . . . 95
AZATHIOPRINE SODIUM . . . 95
azelastine hcl . . . 109,112
azithromycin . . . 10
aztreonam . . . 5
azurette . . . 84

B

bac (butalbital-acetamin-caff) . . . 68
bacitra-neomycin-polymyxin-hc . . . 108
BACITRACIN . . . 109
BACITRACIN-POLYMYXIN B . . . 108
baclofen . . . 45
balsalazide disodium . . . 100
BALVERSA . . . 29
balziva . . . 84
BAQSIMI ONE PACK . . . 54
BAQSIMI TWO PACK . . . 54
BARACLUDE . . . 46

BCG VACCINE . . . 98
BD INSULIN SYRINGE . . . 102
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC . . . 102
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC . . . 102
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC . . . 102
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC . . . 102
benazepril hcl . . . 59
benazepril-hydrochlorothiazide . . . 63
BENLYSTA . . . 93
benztropine mesylate . . . 40
BESIVANCE . . . 11
BESREMI . . . 95
BESREMI PEN . . . 27
betaine . . . 80
betamethasone dipropionate . . . 71
betamethasone dipropionate aug . . . 71
betamethasone valerate . . . 71
BETASERON . . . 69
betaxolol hcl . . . 60,111
bethanechol chloride . . . 81
bexarotene . . . 38
BEXSERO . . . 98
bicalutamide . . . 26
BICILLIN L-A . . . 10
BIKTARVY . . . 46
BILDYOS . . . 101
BILPREVDA . . . 101
bimatoprost . . . 111
bis subcit-metronid-tetracyc . . . 79
bismuth/metronidaz/tetracyclin . . . 79
bisoprolol fumarate . . . 60
bisoprolol-hydrochlorothiazide . . . 63
BIXLENVO . . . 46
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK . . . 48
blisovi fe 1.5/30 . . . 84
blisovi fe 1/20 . . . 84
BOOSTRIX . . . 98
BOSULIF . . . 29
bosutinib . . . 29
BRAFTOVI . . . 29
BREO ELLIPTA . . . 116
breyna . . . 116
briellyn . . . 84
brimonidine tartrate . . . 111
brivaracetam . . . 12
bromocriptine mesylate . . . 40
BRUKINSA . . . 29,30
budesonide . . . 100,112
budesonide er . . . 100
budesonide-formoterol fumarate . . . 116
bumetanide . . . 64
buprenorphine hcl . . . 4
buprenorphine hcl-naloxone hcl . . . 4
bupropion hcl . . . 18
bupropion hcl er (smoking det) . . . 5
bupropion hcl er (sr) . . . 18
bupropion hcl er (xl) . . . 18
buspirone hcl . . . 51
butalbital-apap-caffeine . . . 68
BYSANTI . . . 42
BYSANTI TITRATION PACK A . . . 42
BYSANTI TITRATION PACK B . . . 42
BYSANTI TITRATION PACK C . . . 42

C

CABENUVA . . . 49
cabergoline . . . 92
CABOMETYX . . . 30
calcipotriene . . . 73
calcitonin (salmon) . . . 101
calcitrene . . . 73
calcitriol . . . 101
CALCITRIOL . . . 101
calcium acetate (phos binder) . . . 77
CALQUENCE . . . 30
camila . . . 90
candesartan cilexetil . . . 59
candesartan cilexetil-hctz . . . 63

CAPLYTA . . . 42
CAPRELSA . . . 30
captopril . . . 59
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE . . . 63
carbamazepine . . . 16
carbamazepine er . . . 16
carbidopa . . . 40
carbidopa-levodopa . . . 40
carbidopa-levodopa er . . . 41
CARETOUCH ALCOHOL PREP . . . 102
carglumic acid . . . 80
CARTEOLOL HCL . . . 111
cartia xt . . . 61
carvedilol . . . 60
CAVHANZA . . . 30
CAYSTON . . . 5
CEFACLOR . . . 7
cefadroxil . . . 7
cefazolin sodium . . . 7
cefdinir . . . 7
cefepime hcl . . . 8
cefixime . . . 8
cefotetan disodium . . . 8
cefoxitin sodium . . . 8
cefpodoxime proxetil . . . 8
cefprozil . . . 8
ceftaroline fosamil . . . 8
CEFTAZIDIME . . . 8
ceftriaxone sodium . . . 8
cefuroxime axetil . . . 8
cefuroxime sodium . . . 8
celecoxib . . . 1
cephalexin . . . 8
chateal eq . . . 84
chlorhexidine gluconate . . . 70
chloroquine phosphate . . . 39
chlorpromazine hcl . . . 41
chlorthalidone . . . 65
cholestyramine . . . 66
cholestyramine light . . . 66
ciclodan . . . 74
ciclopirox . . . 74
ciclopirox olamine . . . 74
cilostazol . . . 58
CIMDUO . . . 48
cimetidine . . . 79
cinacalcet hcl . . . 101
ciprofloxacin hcl . . . 11,111
ciprofloxacin in d5w . . . 11
ciprofloxacin-dexamethasone . . . 112
citalopram hydrobromide . . . 19
claravis . . . 70
CLARITHROMYCIN . . . 11
clarithromycin . . . 11
clarithromycin er . . . 11
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS . . . 102
clindamycin hcl . . . 5
clindamycin palmitate hcl . . . 6
clindamycin phos (once-daily) . . . 74
clindamycin phos (twice-daily) . . . 74
clindamycin phosphate . . . 6,74
clindamycin phosphate in d5w . . . 6
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL . . . 6
clobazam . . . 14
clobetasol prop emollient base . . . 71
clobetasol propionate . . . 71
clomipramine hcl . . . 20
clonazepam . . . 51
clonidine . . . 58
clonidine hcl . . . 58
clopidogrel bisulfate . . . 58
clorazepate dipotassium . . . 51
clotrimazole . . . 22
clotrimazole-betamethasone . . . 73
clozapine . . . 45
COARTEM . . . 39
COBENFY . . . 45
COBENFY STARTER PACK . . . 45
colchicine . . . 23
colchicine-probenecid . . . 23
colestipol hcl . . . 66
colistimethate sodium (cba) . . . 6

COMBIVENT RESPIMAT 116
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 30
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 30
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 30
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 103
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 103
compro 21
constulose 78
COPIKTRA 30
CORLANOR 63
CORTISONE ACETATE 82
CORTISPORIN-TC 112
COSENTYX 94
COSENTYX (300 MG DOSE) 94
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 94
COSENTYX SENSOREADY PEN 94
COSENTYX UNOREADY 94
COTELLIC 30
CREON 80
CRESEMBA 22
cromolyn sodium 79,109,114
cryselle 84
cryselle-28 84
CVS ALCOHOL PREP PADS 103
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 103
cvs isopropyl alcohol wipes 73
cyclobenzaprine hcl 117
CYCLOPHOSPHAMIDE 25
cyclosporine 96
cyclosporine modified 96
cyproheptadine hcl 113
cyred 85
cyred eq 85

D

dabigatran etexilate mesylate 56
dalfampridine er 69
danazol 83
dapaglifloz base-metformin er 52
dapagliflozin 67
dapsone 25
DAPTACEL 98
daptomycin 6
darunavir 49
dasatinib 30
dasetta 1/35 85
dasetta 7/7/7 85
DAURISMO 30
deblitane 90
deferasirox 77
DELSTRIGO 47
delyla 85
DENGVAXIA 98
DEPO-ESTRADIOL 85
DEPO-SUBQ PROVERA 104 90
depo-testosterone 83
DERMOTIC 112
DESCOVY 48
desipramine hcl 21
desmopressin ace spray refrig 83
desmopressin acetate 83
desmopressin acetate pf 83
desmopressin acetate spray 83
desogestrel-ethinyl estradiol 85
desoximetasone 71
desvenlafaxine succinate er 19
dexamethasone 82
DEXAMETHASONE 82
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 82
dexamethasone sod phosphate pf 82
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 82,110
dexmethylphenidate hcl 68
dextroamphetamine sulfate 68
dextrose 74
dextrose in lactated ringers 74
DEXTROSE-NACL 74
dextrose-sodium chloride 75
DIACOMIT 13
diazepam 14,51
diazepam intensol 52
diazoxide 54

diclofenac potassium....1
diclofenac sodium....1,110
diclofenac sodium er....1
dicloxacillin sodium....10
dicyclomine hcl....78
DIFICID....11
diflunisal....1
digox....60
digoxin....60
dihydroergotamine mesylate....24
DILANTIN....16
dilt-xr....61
diltiazem hcl....61
DILTIAZEM HCL 120 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE....61
DILTIAZEM HCL 180 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE....62
DILTIAZEM HCL 240 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE....62
DILTIAZEM HCL 300 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE....62
DILTIAZEM HCL 360 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE....62
diltiazem hcl er....62
diltiazem hcl er beads....62
dimethyl fumarate....69
dimethyl fumarate starter pack....69
diphenoxylate-atropine....78
disulfiram....4
divalproex sodium....13
divalproex sodium er....13
dofetilide....60
donepezil hcl....17
DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 10 MG....17
DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 5 MG....18
dorzolamide hcl....111
dorzolamide hcl-timolol mal....109
dotti....85
DOVATO....46
doxazosin mesylate....59
doxepin hcl....21
doxy 100....12
doxycycline hyclate....12
doxycycline monohydrate....12
DRIZALMA SPRINKLE....69
dronabinol....22
DROPLET INSULIN SYRINGE....103
DROPLET MICRON....103
DROPLET PEN NEEDLES....103
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO....103
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE....103
drospirenone-ethinyl estradiol....85
DROXIA....80
droxidopa....58
duloxetine hcl....69
DUPIXENT....94
dutasteride....81

E

e.e.s. 400....11
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE....103
EASY COMFORT PEN NEEDLES....104
EASY TOUCH INSULIN BARRELS....104
ec-naproxen....1
EDURANT PED....47
efavirenz....47
efavirenz-emtricitab-tenofo df....47
efavirenz-lamivudine-tenofovir....47
elinest....85
ELIQUIS....56
ELIQUIS (1.5 MG PACK)....56
ELIQUIS (2 MG PACK)....56
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK....56
eltrombopag olamine....57
eluryng....85
EMBECTA AUTOSHIELD DUO....104
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT....104
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE....104
EMBECTA INSULIN SYRINGE....104
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100....104

EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 104
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F 104
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 104
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN . . 104
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 104
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 104
EMBRACE PEN NEEDLES 104
EMGALITY 24
EMGALITY (300 MG DOSE) 24
EMSAM 19
emtricitab-rilpivir-tenofov df 47
emtricitabine 48
emtricitabine-tenofovir df 48
EMTRIVA 48
emzahh 90
enalapril maleate 59
enalapril-hydrochlorothiazide 63
ENBREL 96
ENBREL MINI 96
ENBREL SURECLICK 96
endocet 2
ENGERIX-B 98
enilloring 85
ENOBY 101
enoxaparin sodium 56
enpresse-28 85
ENSACOVE 28
enskyce 85
entacapone 40
entecavir 46
ENTYVIO PEN 94
enulose 78
ENVARSUS XR 96
EPIDIOLEX 13
epinephrine 114
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK) 114
epitol 16
ERGOLOID MESYLATES 17
ERGOTAMINE-CAFFEINE 24
ERIVEDGE 30
ERLEADA 26
erlotinib hcl 30
errin 90
ertapenem sodium 10
erythrocin lactobionate 11
erythromycin 74,109
erythromycin base 11
erythromycin ethylsuccinate 11
erythromycin lactobionate 11
ERZOFRI 42,43
escitalopram oxalate 19
eslicarbazepine acetate 16
estarylla 85
estradiol 85
ESTRING 85
eszopiclone 117
ethambutol hcl 25
ethosuximide 14
ethynodiol diac-eth estradiol 86
etodolac er 1
etonogestrel-ethinyl estradiol 86
etravirine 47
EUCRISA 71
EULEXIN 26
euthyrox 91
everolimus 31,96
EVOTAZ 49
exemestane 28
EXXUA 18
EXXUA TITRATION PACK 18
ezetimibe 66
ezetimibe-simvastatin 66

F

falmina 86
famciclovir 50
famotidine 79
FANAPT 43
FANAPT TITRATION PACK A 43
FANAPT TITRATION PACK B 43
FANAPT TITRATION PACK C 43

FARXIGA 67
feirza 1.5/30 86
feirza 1/20 86
felbamate 13
felodipine er 61
fenofibrate 65
fenofibrate micronized 65
fenofibric acid 65
fentanyl 2
FETZIMA 19
FETZIMA TITRATION 19
fidaxomicin 11
FILSPARI 81
finasteride 81
fingolimod hcl 69
FINTEPLA 13
flecainide acetate 60
fluconazole 22
fluconazole in sodium chloride 22
flucytosine 23
fludrocortisone acetate 82
flunisolide 116
fluocinolone acetonide 71
fluocinonide 71
fluocinonide emulsified base 71
fluorometholone 110
fluorouracil 73
fluoxetine hcl 20
fluphenazine decanoate 41
fluphenazine hcl 41
FLURBIPROFEN 1
FLURBIPROFEN SODIUM 110
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL . . 116
fluticasone propionate 72,116
fluticasone-salmeterol 116
FLUTICASONE-SALMETEROL 116
fluvoxamine maleate 20
fondaparinux sodium 56,57
fosamprenavir calcium 49
fosfomycin tromethamine 6
fosinopril sodium 59
fosinopril sodium-hctz 63
FOTIVDA 31
FRUZAQLA 27
FULPHILA 57
fulvestrant 27
furosemide 65
FUROSEMIDE 65
fyavolv 86

G

gabapentin 14,15
galantamine hydrobromide 18
GALANTAMINE HYDROBROMIDE 18
galantamine hydrobromide er 18
gallifrey 90
GAMUNEX-C 93
GARDASIL 9 98
GAUZE PADS 2 105
GAVILYTE-C 79
gavilyte-g 79
gavilyte-n with flavor pack 78
GAVRETO 31
gefitinib 31
gemfibrozil 65
GEMTESA 81
generlac 78
gengraf 96
gentamicin sulfate 5,110
GENVOYA 46
GILOTRIF 31
glatiramer acetate 69
glatopa 69,70
glimepiride 52
glipizide 52
glipizide er 52
glipizide xl 52
glipizide-metformin hcl 52
glucagon emergency 54
glyburide 53
GLYBURIDE MICRONIZED 53
glyburide-metformin 53

glycopyrrolate....78
GLYXAMBI....53
GNP PEN NEEDLES....105
GOMEKLI....31
GOODSENSE ALCOHOL SWABS....105
granisetron hcl....22
griseofulvin microsize....23
griseofulvin ultramicrosize....23
guanfacine hcl....58
guanfacine hcl er....68

H

HADLIMA....96
HADLIMA PUSHTOUCH....96
HAEGARDA....93
hailey 1.5/30....86
hailey fe 1.5/30....86
hailey fe 1/20....86
halobetasol propionate....72
haloette....86
haloperidol....41
haloperidol decanoate....41
haloperidol lactate....41
HAVRIX....98
heather....90
heparin sodium (porcine)....57
heparin sodium (porcine) pf....57
HEPLISAV-B....98
HERNEXEOS....31
HIBERIX....98
HIZENTRA....93
HUMALOG....55
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN....55
HUMALOG KWIKPEN....55
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN....55
HUMALOG MIX 75/25....55
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN....55
HUMULIN 70/30....55
HUMULIN 70/30 KWIKPEN....55
HUMULIN N....55
HUMULIN N KWIKPEN....55
HUMULIN R....55
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)....55
HUMULIN R U-500 KWIKPEN....55
hydralazine hcl....67
hydrochlorothiazide....65
hydrocodone-acetaminophen....2,3
hydrocortisone....72,100
hydrocortisone (perianal)....72
hydrocortisone butyrate....72
hydrocortisone-acetic acid....112
hydromorphone hcl....3
hydroxychloroquine sulfate....39
hydroxyurea....27
hydroxyzine hcl....113
hydroxyzine pamoate....113
HYRNUO....31

I

ibandronate sodium....101
IBRANCE....31
IBTROZI....31
ibu....1
ibuprofen....1
icatibant acetate....93
iclevia....86
ICLUSIG....31
icosapent ethyl....66
IDHIFA....31
IDVYNSO....49
ILEVRO....110
imatinib mesylate....31
IMBRUVICA....32
imipenem-cilastatin....10
imipramine hcl....21
imiquimod....73
IMKELDI....32
IMOVAX RABIES....98
IMPAVIDO....39
incassia....90
INCRELEX....83
INCRUSE ELLIPTA....113

indapamide . . . 65
indomethacin . . . 1
INFANRIX . . . 98
INLURIYO . . . 27
INLYTA . . . 32
INQOVI . . . 27
INREBIC . . . 32
INSULIN LISPRO . . . 55
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) . . . 55
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN . . . 55
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO . . . 55
INSULIN PEN NEEDLES . . . 105
INSULIN PEN NEEDLES . . . 105
INSULIN SYRINGE 0.3 ML . . . 105
INSULIN SYRINGE 0.5 ML . . . 105
INSULIN SYRINGE 1 ML . . . 105
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 . . . 105
INSUPEN PEN NEEDLES . . . 105
INSUPEN32G EXTR3ME . . . 105
INTELENCE . . . 47
INTRALIPID . . . 105
introvale . . . 86
INVEGA HAFYERA . . . 43
INVEGA SUSTENNA . . . 43
INVEGA TRINZA . . . 43
IPOL . . . 98
ipratropium bromide . . . 113
ipratropium bromide hfa . . . 113
ipratropium-albuterol . . . 116
irbesartan . . . 59
irbesartan-hydrochlorothiazide . . . 63
ISENTRESS . . . 46,47
ISENTRESS HD . . . 47
isibloom . . . 86
isoniazid . . . 25
isopropyl alcohol . . . 73
isopropyl alcohol wipes . . . 73
isosorbide dinitrate . . . 67
isosorbide mononitrate . . . 67
isosorbide mononitrate er . . . 67
isotretinoin . . . 70
ITOVEBI . . . 32
itraconazole . . . 23
ivabradine hcl . . . 63
ivermectin . . . 39
IWILFIN . . . 28
IXIARO . . . 98

J

JAKAFI . . . 32
JAKAFI XR . . . 32
jantoven . . . 57
JARDIANCE . . . 67
jasmiel . . . 86
JAYPIRCA . . . 32
jencycla . . . 90
JENTADUETO . . . 53
JENTADUETO XR . . . 53
JIDEYTRO . . . 32
jinteli . . . 86
jolessa . . . 86
joyeaux . . . 86
JUBBONTI . . . 101
juleber . . . 86
JULUCA . . . 47
junel 1.5/30 . . . 86
junel 1/20 . . . 86
junel fe 1.5/30 . . . 86
junel fe 1/20 . . . 86
JYNNEOS . . . 99

K

KALETRA . . . 49
kalliga . . . 86
KALYDECO . . . 114
kariva . . . 86
kcl in dextrose-nacl . . . 75
KCL-LACTATED RINGERS-D5W . . . 75
kelnor 1/35 . . . 86
kelnor 1/50 . . . 86
KERENDIA . . . 53
ketoconazole . . . 23

KETOROLAC TROMETHAMINE 110
ketorolac tromethamine 110
KINERET 94
KINRIX 99
kionex 77
KISQALI (200 MG DOSE) 32
KISQALI (400 MG DOSE) 32
KISQALI (600 MG DOSE) 32
klor-con 75
klor-con 10 75
klor-con m10 75
klor-con m15 75
klor-con m20 75
KLOXXADO 4
KOMZIFTI 32
KOSELUGO 33
kourzeq 70
KRAZATI 33
kurvelo 86

L

l-glutamine 80
labetalol hcl 60
lacosamide 16
lactated ringers 75,105
lactulose 78
lactulose encephalopathy 78
LAGEVRIO 51
lamivudine 46,48
lamivudine-zidovudine 48
lamotrigine 13
lansoprazole 79
LANTUS 55
LANTUS SOLOSTAR 56
lapatinib ditosylate 33
larin 1.5/30 86
larin 1/20 86
larin fe 1.5/30 87
larin fe 1/20 87
latanoprost 111
LAZCLUZE 29
LEDERLE LEUCOVORIN 28
leena 87
leflunomide 96
lenalidomide 26
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 33
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 33
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 33
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 33
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 33
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 33
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 33
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 33
LEQEMBI IQLIK 17
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) 17
lessina 87
letrozole 28
leucovorin calcium 28
LEUKERAN 25
LEUKINE 57
leuprolide acetate 92
levalbuterol hcl 114
levetiracetam 13
levetiracetam er 13
levo-t 91
LEVOBUNOLOL HCL 111
levocarnitine 80
levocetirizine dihydrochloride 113
levofloxacin 11
LEVOFLOXACIN 110
levofloxacin in d5w 11
levonest 87
levonorg-eth estrad triphasic 87
levonorgest-eth estrad 91-day 87
levonorgest-eth estradiol-iron 87
levonorgestrel-ethinyl estrad 87
levora 0.15/30 (28) 87
levothyroxine sodium 91
levoxyl 91
lidocaine 4
LIDOCAINE HCL 4
lidocaine viscous hcl 4

lidocaine-prilocaine . . . 4
lidocan . . . 4
LIFYORLI (125 MG DOSE) . . . 33
LIFYORLI (150 MG DOSE) . . . 33
LILETTA (52 MG) . . . 90
linezolid . . . 6
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE . . . 6
LINZESS . . . 78
liothyronine sodium . . . 91
lisinopril . . . 59
lisinopril-hydrochlorothiazide . . . 63
lithium . . . 52
lithium carbonate . . . 52
lithium carbonate er . . . 52
LIVTENCITY . . . 46
lo-zumandimine . . . 87
loestrin 1.5/30 (21) . . . 87
loestrin 1/20 (21) . . . 87
loestrin fe 1.5/30 . . . 87
loestrin fe 1/20 . . . 87
LOKELMA . . . 77
lomustine . . . 25
LONSURF . . . 28
loperamide hcl . . . 78
lopinavir-ritonavir . . . 49
lorazepam . . . 52
LORBRENA . . . 33
loryna . . . 87
losartan potassium . . . 59
losartan potassium-hctz . . . 63
lovastatin . . . 66
low-ogestrel . . . 87
loxapine succinate . . . 41
lubiprostone . . . 78
luizza 1.5/30 . . . 87
luizza 1/20 . . . 87
LUMAKRAS . . . 33,34
LUPRON DEPOT (1-MONTH) . . . 92
LUPRON DEPOT (3-MONTH) . . . 92
LUPRON DEPOT (4-MONTH) . . . 92
LUPRON DEPOT (6-MONTH) . . . 92
lurasidone hcl . . . 44
lutera . . . 87
LYBALVI . . . 19
lyleq . . . 90
lyllana . . . 87
LYNPARZA . . . 34
LYSODREN . . . 28
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) . . . 34
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) . . . 34
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) . . . 34
lyza . . . 90

M

M-M-R II . . . 99
macitentan . . . 115
magnesium sulfate . . . 75
malathion . . . 73
maraviroc . . . 49
marlissa . . . 87
MARPLAN . . . 19
MATULANE . . . 25
MAVYRET . . . 46
meclizine hcl . . . 21
medpura alcohol pads . . . 73
medroxyprogesterone acetate . . . 90
mefloquine hcl . . . 39
megestrol acetate . . . 90
MEKINIST . . . 34
MEKTOVI . . . 34
meleya . . . 90
meloxicam . . . 1
memantine hcl . . . 18
memantine hcl er . . . 18
MENEST . . . 87
MENQUADFI . . . 99
MENVEO . . . 99
mercaptopurine . . . 27
meropenem . . . 10
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE . . . 10
mesalamine . . . 100
mesalamine er . . . 100

mesna....38
metformin hcl....53
metformin hcl er....53
methadone hcl....2
methazolamide....111
methenamine hippurate....6
methergine....105
methimazole....93
methocarbamol....117
METHOTREXATE SODIUM....96
methotrexate sodium....97
methotrexate sodium (pf)....97
methsuximide....14
METHYLDOPA....58
methylergonovine maleate....105
methylphenidate hcl....68
methylphenidate hcl er....68
methylprednisolone....82
methylprednisolone acetate....82
methylprednisolone sodium succ....82
metoclopramide hcl....21
metolazone....65
metoprolol succinate er....61
metoprolol tartrate....61
metoprolol-hydrochlorothiazide....63
metronidazole....6
metyrosine....64
mexiletine hcl....60
micafungin sodium....23
MICONAZOLE 3....23
microgestin 1.5/30....87
microgestin 1/20....88
microgestin fe 1.5/30....88
microgestin fe 1/20....88
midodrine hcl....58
mifepristone....92
mili....88
minocycline hcl....12
minoxidil....67
minzoya....88
mirtazapine....19
misoprostol....79
modafinil....117
MODEYSO....28
moexipril hcl....59
MOLINDONE HCL....41,42
mometasone furoate....72
mondoxyne nl....12
mono-linyah....88
montelukast sodium....113
morphine sulfate....3
morphine sulfate (concentrate)....3
morphine sulfate er....2
MOUNJARO....53
MOVANTIK....78
moxifloxacin hcl....11,110
MOXIFLOXACIN HCL....11
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY)....110
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL....12
MRESVIA....99
mupirocin....74
mycophenolate mofetil....97
mycophenolate mofetil hcl....97
mycophenolate sodium....97
mycophenolic acid....97
MYRBETRIQ....81

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf....78
nabumetone....1
nafcillin sodium....10
NAGLAZYME....80
naloxone hcl....4
naltrexone hcl....4
naproxen....1
naproxen dr....1
naratriptan hcl....24
NATACYN....110
nateglinide....53
NAYZILAM....4
nebivolol hcl....61
necon 0.5/35 (28)....88

NEFAZODONE HCL . . . 20
neo-polycin . . . 109
neo-polycin hc . . . 109
neomycin sulfate . . . 5
neomycin-bacitracin zn-polymyx . . . 109
neomycin-polymyxin-dexameth . . . 109
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN . 109
neomycin-polymyxin-hc . . . 112
NERLYNX . . . 34
nevirapine . . . 47
NEVIRAPINE . . . 47
nevirapine er . . . 47
NEXPLANON . . . 91
niacin er (antihyperlipidemic) . . . 66
NICOTROL NS . . . 5
nifedipine er . . . 61
nifedipine er osmotic release . . . 61
nikki . . . 88
nilotinib hcl . . . 34
nilutamide . . . 26
nimodipine . . . 61
NINLARO . . . 34
nintedanib esylate . . . 115
nitazoxanide . . . 39
nitisinone . . . 80
nitro-bid . . . 67
nitrofurantoin macrocrystal . . . 6
nitrofurantoin monohyd macro . . . 6
nitroglycerin . . . 67
NIVESTYM . . . 57
nora-be . . . 91
norelgestromin-eth estradiol . . . 88
norethin ace-eth estrad-fe . . . 88
norethin-eth estradiol-fe . . . 88
norethindrone . . . 91
norethindrone acet-ethinyl est . . . 88
norethindrone acetate . . . 91
norethindrone-eth estradiol . . . 88
norgestim-eth estrad triphasic . . . 88
norgestimate-eth estradiol . . . 88
norlyroc . . . 91
nortrel 0.5/35 (28) . . . 88
nortrel 1/35 (21) . . . 88
nortrel 1/35 (28) . . . 88
nortrel 7/7/7 . . . 88
nortriptyline hcl . . . 21
NORVIR . . . 49
NovoFine 32G X 6 MM MISC . . . 105
NOVOLIN R FLEXPEN . . . 56
NOVOLIN R FLEXPEN RELION . . . 56
NUBEQA . . . 26
NUCALA . . . 116
NUPLAZID . . . 44
NURTEC . . . 24
NUTRILIPID . . . 105
nylia 1/35 . . . 88
nylia 7/7/7 . . . 88
nystatin . . . 23

O

ocella . . . 88
octreotide acetate . . . 92
OCTREOTIDE ACETATE . . . 92
ODEFSEY . . . 47
ODOMZO . . . 34
OFEV . . . 115
ofloxacin . . . 110,112
OGSIVEO . . . 34
OJEMDA . . . 34
OJJAARA . . . 28
olanzapine . . . 44
olmesartan medoxomil . . . 59
olmesartan medoxomil-hctz . . . 64
omega-3-acid ethyl esters . . . 66
omeprazole . . . 79
OMNITROPE . . . 79,83
ondansetron . . . 22
ONDANSETRON HCL . . . 22
ondansetron hcl . . . 22
ONUREG . . . 27
OPIPZA . . . 44
OPVEE . . . 105

oralone 70
ORGOVYX 92
orquidea 91
ORSERDU 26
oseltamivir phosphate 50
OSPHENA 91
OTEZLA 73,94
OTEZLA XR 73
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 94
oxcarbazepine 16
oxybutynin chloride 81
oxybutynin chloride er 81
oxycodone hcl 3
oxycodone-acetaminophen 3
OZEMPIC 53
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 53
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 53
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 53

P

pacerone 60
paliperidone er 44
PANRETIN 38
pantoprazole sodium 79,80
paricalcitol 101
paroxetine hcl 20
PAROXETINE HCL 20
PAXLOVID (150/100) 51
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 51
PAXLOVID (300/100) 51
pazopanib hcl 35
PAZOPANIB HCL 35
PEDIARIX 99
PEDVAXHIB 99
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 78
peg-3350/electrolytes 79
PEGASYS 95
PEMAZYRE 35
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP 105
PEN NEEDLES 105
PENBRAYA 106
penicillamine 81
penicillin g potassium 10
PENICILLIN G SODIUM 10
penicillin v potassium 10
PENMENVY 99
PENTACEL 99
pentamidine isethionate 39
pentoxifylline er 64
perampanel 13
PERINDOPRIL ERBUMINE 59
periogard 70
permethrin 73
perphenazine 21
PERSERIS 44
pfizerpen 10
PHENELZINE SULFATE 19
phenobarbital 15
phenytek 17
phenytoin 17
phenytoin infatabs 17
phenytoin sodium extended 17
philith 88
PIFELTRO 47
pilocarpine hcl 70,111
pimozide 42
pimtrea 89
pioglitazone hcl 53
piperacillin sod-tazobactam so 10
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 35
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 35
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 35
pirfenidone 115
PIRFENIDONE 115
PNV 27-CA/FE/FA 76
podofilox 73
polycin 109
polymyxin b-trimethoprim 110
pomalidomide 26
POMALYST 26
portia-28 89
posaconazole 23

potassium chloride....76
potassium chloride crys er....76
potassium chloride er....76
potassium chloride in dextrose....76
potassium chloride in nacl....76
potassium citrate er....76
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%....76
pramipexole dihydrochloride....40
pravastatin sodium....66
praziquantel....39
prazosin hcl....59
prednisolone....82
prednisolone acetate....110
prednisolone sodium phosphate....82
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE....110
prednisone....83
PREDNISONE....83
PREDNISONE INTENSOL....83
pregabalin....69
PREMARIN....89
PREMASOL....76
PREMIUM LIDOCAINE....4
Prenatal vitamins....76
PRETOMANID....25
prevalite....66
PREVYMIS....46
PREZCOBIX....49
PREZCOBIX PED....49
PREZISTA....50
primaquine phosphate....39
primidone....15
PRIORIX....99
PRO COMFORT ALCOHOL....106
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE....106
probenecid....23
prochlorperazine....21
prochlorperazine maleate....21
procto-med hc....72
proctosol hc....72
proctozone-hc....72
progesterone....91
PROGRAF....97
promethazine hcl....21
propafenone hcl....60
propranolol hcl....61
propranolol hcl er....61
propylthiouracil....93
PROQUAD....99
protriptyline hcl....21
PULMOZYME....114
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE....106
pyrazinamide....25
pyridostigmine bromide....24
pyrimethamine....40

Q

qc alcohol....73
QINLOCK....28
QUADRACEL....99
quetiapine fumarate....44
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE....106
quinapril hcl....60
quinapril-hydrochlorothiazide....64
QUINIDINE SULFATE....60
quinine sulfate....40
QVAR REDIHALER....112

R

ra isopropyl alcohol wipes....73
RABAVERT....99
rabeprazole sodium....80
RALDESY....20
raloxifene hcl....91
raltegravir potassium....47
ramelteon....117
ramipril....60
ranolazine er....64
rasagiline mesylate....41
reclipsen....89
RECOMBIVAX HB....99
RELENZA DISKHALER....50
repaglinide....53

REPATHA . . . 66
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM . . . 66
REPATHA SURECLICK . . . 66
RESTASIS . . . 109
RETACRIT . . . 58
RETEVMO . . . 35
REVCOVI . . . 80
REVUFORJ . . . 35
REXULTI . . . 44
REYATAZ . . . 50
REZDIFFRA . . . 91
REZLIDHIA . . . 35
RHOPRESSA . . . 111
RIBAVIRIN . . . 46
ribavirin . . . 46
RIDAURA . . . 94
rifabutin . . . 25
rifampin . . . 25
rifapentine . . . 25
rilpivirine hcl . . . 48
riluzole . . . 69
RIMANTADINE HCL . . . 50
ringers . . . 76
ringers irrigation . . . 106
RINVOQ . . . 94
RINVOQ LQ . . . 94
riociguat . . . 115
risperidone . . . 44
risperidone microspheres er . . . 44,45
ritonavir . . . 50
rivaroxaban . . . 57
rivastigmine tartrate . . . 18
rizatriptan benzoate . . . 24
roflumilast . . . 115
ROMVIMZA . . . 35
ropinirole hcl . . . 40
rosuvastatin calcium . . . 66
ROTARIX . . . 99
ROTATEQ . . . 99
roweepra . . . 13
ROZLYTREK . . . 35
RUBRACA . . . 35
rufinamide . . . 17
RUKOBIA . . . 49
RYBELSUS . . . 54
RYDAPT . . . 35

S

sacubitril-valsartan . . . 64
sajazir . . . 93
SANTYL . . . 73
sapropterin dihydrochloride . . . 80
SCEMBLIX . . . 35,36
scopolamine . . . 21
SECUADO . . . 45
SECURESAFE INSULIN SYRINGE . . . 106
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES . . . 106
selegiline hcl . . . 41
selenium sulfide . . . 72
SELZENTRY . . . 49
SEREVENT DISKUS . . . 114
sertraline hcl . . . 20
setlakin . . . 89
sevelamer carbonate . . . 77
sharobel . . . 91
SHINGRIX . . . 99
SIGNIFOR . . . 92
sildenafil citrate . . . 115
SILIGENTLE FOAM DRESSING . . . 106
silodosin . . . 81
silver sulfadiazine . . . 73
SIMLANDI (1 PEN) . . . 97
SIMLANDI (1 SYRINGE) . . . 97
SIMLANDI (2 PEN) . . . 97
SIMLANDI (2 SYRINGE) . . . 97
simliya . . . 89
simvastatin . . . 66
sirolimus . . . 97
SIRTURO . . . 25
sitaglip phos-metformin hcl er . . . 54
sitagliptin phos-metformin hcl . . . 54
sitagliptin phosphate . . . 54

SKYRIZI 94
SKYRIZI PEN 94
SMOFLIPID 106
sodium chloride 77
sodium chloride (pf) 77
SODIUM FLUORIDE 77
sodium oxybate 117
sodium phenylbutyrate 80
sodium polystyrene sulfonate 77
solifenacin succinate 81
SOLTAMOX 27
SOMAVERT 93
sorafenib tosylate 36
sotalol hcl 60
sotalol hcl (af) 60
SPIRIVA RESPIMAT 113
spironolactone 65
spironolactone-hctz 64
sprintec 28 89
SPRITAM 13
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 78
sronyx 89
ssd 73
sterile water for irrigation 106
STIOLTO RESPIMAT 117
STIVARGA 36
STREPTOMYCIN SULFATE 5
STRIBILD 47
subvenite 13
SUBVENITE 14
sucralfate 79
sulfacetamide sodium 110
sulfacetamide sodium (acne) 70
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 109
sulfadiazine 12
sulfamethoxazole-trimethoprim 12
sulfasalazine 100
sulfatrim pediatric 12
sulindac 1
sumatriptan 24
sumatriptan succinate 24
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL 24
sunitinib malate 36
SUNLENCA 49
SUPER TOUCH INSULIN SYRINGE 106
SUPER TOUCH PEN NEEDLES 107
SURE COMFORT PEN NEEDLES 107
syeda 89
SYMPAZAN 15
SYMTUZA 50
SYNAREL 93
SYNJARDY 54
SYNJARDY XR 54
SYNTHROID 92

T

TABLOID 27
TABRECTA 36
tacrolimus 72,97
tadalafil 81
TAFINLAR 36
TAGRISSO 36
TALZENNA 36
tamoxifen citrate 27
tamsulosin hcl 81
tarina fe 1/20 89
tarina fe 1/20 eq 89
TARPEYO 83
tasimelteon 117
tazarotene 70
TAZICEF 9
TAZVERIK 36
TDVAX 99
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 107
telmisartan 59
temazepam 117
TENIVAC 99
tenofovir disoproxil fumarate 48
TEPMETKO 36
terazosin hcl 59
terbinafine hcl 23
terconazole 23

teriparatide . . . 101
testosterone . . . 83
testosterone cypionate . . . 84
TESTOSTERONE ENANTHATE . . . 84
tetrabenazine . . . 69
tetracycline hcl . . . 12
THALOMID . . . 26
theophylline er . . . 115
thioridazine hcl . . . 42
thiothixene . . . 42
tiadylt er . . . 62
tiagabine hcl . . . 15
TIBSOVO . . . 36
ticagrelor . . . 58
TICOVAC . . . 99
tigecycline . . . 6
timolol maleate . . . 61,111
tinidazole . . . 7
tiotropium bromide . . . 113
TIVICAY . . . 47
TIVICAY PD . . . 47
tizanidine hcl . . . 45
TOBI PODHALER . . . 114
tobramycin . . . 110,114
tobramycin sulfate . . . 5
tobramycin-dexamethasone . . . 109
TOLAK . . . 73
tolterodine tartrate . . . 81
tolterodine tartrate er . . . 81
tolvaptan . . . 77
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE . . . 107
topiramate . . . 14
toremifene citrate . . . 27
torsemide . . . 65
TOUJEO MAX SOLOSTAR . . . 56
TOUJEO SOLOSTAR . . . 56
TPN ELECTROLYTES . . . 77
TRADJENTA . . . 54
tramadol hcl . . . 3
tramadol-acetaminophen . . . 3
trandolapril . . . 60
tranexamic acid . . . 58
tranylcypromine sulfate . . . 19
travoprost (bak free) . . . 111
trazodone hcl . . . 20
TRECATOR . . . 25
TRELEGY ELLIPTA . . . 117
TREMFYA . . . 94,95
TREMFYA ONE-PRESS . . . 95
TREMFYA PEN . . . 95
TREMFYA-CD/UC INDUCTION . . . 95
tretinoin . . . 38,70
tri-estarylla . . . 89
tri-linyah . . . 89
tri-mili . . . 89
tri-sprintec . . . 89
tri-vylibra . . . 89
triamcinolone acetonide . . . 70,72
triamterene-hctz . . . 64
triderm . . . 72
trientine hcl . . . 77
TRIENTINE HCL . . . 77
trifluoperazine hcl . . . 42
TRIFLURIDINE . . . 110
trihexyphenidyl hcl . . . 40
TRIKAFTA . . . 114
trimethoprim . . . 7
trimipramine maleate . . . 21
TRINTELLIX . . . 20
TRIUMEQ . . . 48
TRIUMEQ PD . . . 48
trivora (28) . . . 89
trospium chloride . . . 81
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE . . . 107
TRUE COMFORT PEN NEEDLES . . . 107
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES . . . 107
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE . . . 107
TRULICITY . . . 54
TRUMENBA . . . 100
TRUQAP . . . 36
TUKYSA . . . 36
TURALIO . . . 37

turqoz . . . 89
TWINRIX . . . 100
TYBOST . . . 49
TYENNE . . . 95
TYMLOS . . . 101
TYPHIM VI . . . 100

U

UDENYCA . . . 58
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE . . . 107
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES . . . 107
UNIFINE OTC PEN NEEDLES . . . 107
UNIFINE PENTIPS . . . 107
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE . . . 107
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE . . . 107
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE . . . 108
unithroid . . . 92
UPTRAVI . . . 115
ursodiol . . . 79

V

valacyclovir hcl . . . 50
VALCHLOR . . . 73
valganciclovir hcl . . . 46
valproate sodium . . . 14
valproic acid . . . 14
valsartan . . . 59
valsartan-hydrochlorothiazide . . . 64
VALTOCO 10 MG DOSE . . . 15
VALTOCO 15 MG DOSE . . . 15
VALTOCO 20 MG DOSE . . . 15
VALTOCO 5 MG DOSE . . . 15
valtya 1/35 . . . 89
VALTYA 1/50 . . . 89
vancomycin hcl . . . 7
VANFLYTA . . . 37
VAQTA . . . 100
varenicline tartrate . . . 5
varenicline tartrate (starter) . . . 5
varenicline tartrate(continue) . . . 5
VARIVAX . . . 100
VAXCHORA . . . 100
VELIVET . . . 89
VELSIPITY . . . 95
VENCLEXTA . . . 37
VENCLEXTA STARTING PACK . . . 37
venlafaxine hcl . . . 20
venlafaxine hcl er . . . 20
VEOZAH . . . 69
VEPPANU . . . 27
verapamil hcl . . . 62
verapamil hcl er . . . 62
VERAPAMIL HCL ER . . . 62
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE . . . 108
VERIFINE INSULIN SYRINGE . . . 108
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE . . . 108
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR . . . 108
VERQUVO . . . 64
VERSACLOZ . . . 45
VERZENIO . . . 37
vestura . . . 89
vienva . . . 89
vigabatrin . . . 15
vigadrone . . . 16
VIGAFYDE . . . 16
vigpoder . . . 16
vilazodone hcl . . . 20
VIMKUNYA . . . 100
viorele . . . 89
VIRACEPT . . . 50
VIREAD . . . 48
VITRAKVI . . . 37
VIVOTIF . . . 100
VIZIMPRO . . . 37
volnea . . . 89
VONJO . . . 38
VOQUEZNA DUAL PAK . . . 79
VOQUEZNA TRIPLE PAK . . . 79
VORANIGO . . . 37
voriconazole . . . 23
VOSEVI . . . 46
VOWST . . . 108

VRAYLAR 45
vyfemla 89
vylibra 90

W

warfarin sodium 57
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 108
WEGOVY 64
WELIREG 28
WELTRUZA 45
wera 90
WINREVAIR 115
wixela inhub 117
wymzya fe 90
WYOST 101

X

XALKORI 37
XARELTO 57
XARELTO STARTER PACK 57
XATMEP 97
XCOPRI 14,17
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 17
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 17
XDEMVY 109
xelria fe 90
XERMELO 78
XIFAXAN 7
XIGDUO XR 54
XIIDRA 109
XOFLUZA (40 MG DOSE) 50
XOFLUZA (80 MG DOSE) 50
XOLAIR 95
XOSPATA 37
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 37
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 38
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 38
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 38
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 38
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 38
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 38
XTANDI 26
XTRENBO 101
xulane 90

Y

YESINTEK 95
YF-VAX 100
yuvafem 90

Z

zafemy 90
zafirlukast 113
ZARXIO 58
ZEJULA 38
ZELBORAF 38
zenatane 70
ZENBEXUS 28
ZENPEP 80
zidovudine 48
ziprasidone hcl 45
ziprasidone mesylate 45
ZIRGAN 110
zoledronic acid 101
ZOLINZA 28
zolpidem tartrate 117
ZONISADE 17
zonisamide 17
zovia 1/35 (28) 90
ZTALMY 16
zumandimine 90
ZURZUVAE 19
ZYDELIG 38
ZYKADIA 38
ZYMFENTRA (1 PEN) 97
ZYMFENTRA (2 PEN) 98
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) 98
ZYPREXA RELPREVV 45

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

Blue Shield of California da lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ភាសាខ្មែរ
សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ *ភាសាខ្មែរ* សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយជំសមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-776-4466 (TTY: 711)
ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

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

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

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

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

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

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

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

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

Este formulario se actualizó el 10/23/2026 . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California llamando al (888) 239-6469 o, para usuarios del sistema TTY, al 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m PT, o visite blueshieldca.com/medformulary2027.

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye un número limitado de farmacias de bajo costo, con costo compartido preferido, en ciertos condados de California. Es posible que los bajos costos publicados en los anuncios de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluido si hay farmacias preferidas de bajo costo en su área, llame a Servicio al Cliente al (888) 239-6469 [TTY: 711], de 8:00 a. m. a 8:00 p. m PT, o consulte el directorio de farmacias en Internet, en blueshieldca.com/medformulary2027.

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

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