



Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP), un plan de Medicare y Medi-Cal *Lista de Medicamentos Cubiertos de 2026 (Lista de Medicamentos o Formulario)*

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

N.º de identificación del formulario 26258, versión 13

Esta *Lista de Medicamentos* se actualizó el 09/02/2025.

Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, llámenos al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, o visite blueshieldca.com/medformulary2026.

H2819_25_357A_C Approved 08202025

A55568EAE-SP (10/25)

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite blueshieldca.com/medformulary2026.



Introducción

Este documento se llama *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también se conoce como *Lista de Medicamentos*). Aquí encontrará cuáles son los medicamentos que cubre Blue Shield TotalDual Plan. Además, en la *Lista de Medicamentos* se indica si hay reglas o restricciones especiales para algún medicamento cubierto por Blue Shield TotalDual Plan. En el último capítulo del *Manual para Miembros* aparecen los términos clave y sus definiciones.

Índice

A.Avisos legales	iv
B.Preguntas frecuentes	xiv
B1. ¿Qué medicamentos recetados aparecen en la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> ? (Usamos la frase “ <i>Lista de Medicamentos</i> ” para referirnos a la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> de forma abreviada).....	xiv
B2. ¿La <i>Lista de Medicamentos</i> cambia alguna vez?.....	xv
B3. ¿Qué pasa si hay un cambio en la <i>Lista de Medicamentos</i> ?	xvi
B4. ¿Hay algún tipo de restricción o límite para la cobertura de medicamentos, o hay algo que deba hacer para obtener ciertos medicamentos?	xvii
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si debo hacer algo para obtenerlo?	xviii
B6. ¿Qué pasa si Blue Shield TotalDual Plan cambia sus reglas sobre la forma en que cubre algunos medicamentos (por ejemplo, si hay restricciones, como una autorización previa, límites de cantidad y/o tratamiento escalonado)?	xviii
B7. ¿Cómo encontrar un medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i> ?.....	xix
B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>Lista de Medicamentos</i> ?.....	xix
B9. ¿Qué pasa si soy un miembro nuevo de Blue Shield TotalDual Plan y no puedo encontrar mi medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i> o tengo problemas para obtenerlo?	xix
B10. ¿Puedo pedir una excepción para que cubran mi medicamento?.....	xxi
B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?	xxi

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



B12. ¿Cuánto tiempo hay que esperar para obtener una excepción?.....	xxi
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	xxii
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	xxii
B15. ¿Blue Shield TotalDual Plan cubre suministros a largo plazo de medicamentos recetados?	xxii
B16. ¿Mi farmacia local puede enviar los medicamentos recetados a mi hogar?	xxiii
B17. ¿Cuál es el copago que debo pagar?.....	xxiii
C.Resumen de la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i>	xxv
C1. Lista de medicamentos ordenados por problema de salud	xxvi
D. Índice de medicamentos cubiertos.....	138

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



A. Avisos legales

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

- ❖ Blue Shield of California es un plan HMO D-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Medicaid del estado de California. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.
- ❖ Puede consultar la *Lista de Medicamentos Cubiertos* actualizada de Blue Shield TotalDual Plan en cualquier momento por Internet, en blueshieldca.com/medformulary2026, o llamando al (800) 452-4413 (TTY: 711). La llamada es gratis.
- ❖ Blue Shield of California es un miembro independiente de Blue Shield Association.
- ❖ Puede conseguir este documento gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame a los números incluidos en el pie de página de este documento. La llamada es gratis.
- ❖ The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。
- ❖ *Este documento está disponible gratis en inglés, español, árabe, armenio, chino simplificado, chino tradicional, farsi, jemer (camboyano), coreano, ruso, tagalo y vietnamita.*

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



Aviso sobre la disponibilidad de servicios de asistencia en idiomas y recursos y servicios auxiliares

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

بالعربية الشعار (Arabic)

٨٠٠-٤٥٢-٤٤١٣-١ بـ فاتصل ،بلغتك المساعدة إلى احتجت إذا: الانتباه يُرجى
مثل ،الإعاقة ذوي للأشخاص والخدمات المساعدات أيضًا تتوفر .(TTY:711)
٨٠٠-٤٥٢-٤٤١٣-١ بـ اتصل .الكبير والخط برييل بطريقة المكتوبة المستندات
(TTY:711). مجانية الخدمات هذه .

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒԾԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր
լեզվով, զանգահարեք
1-800-452-4413 (TTY:711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու
ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց
համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ
տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413
(TTY:711): Այդ ծառայություններն
անվճար են:

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. Para obtener más información, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



简体中文标语 (Chinese)

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

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. Para obtener más información, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

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

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。

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

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

한국어 태그라인 (Korean)

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

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



ເຕເກໄລວິພາສາວາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).

ຢັ້ງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນຜິການ
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນຸ່ມແລະມີໂຕຜົມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).
ການບໍລິການເຫຼົານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຈ້ລ່າຍໄດ້.

Mien Tagline (Mien)

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

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. Para obtener más información, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



មាសមុន់កាហស់ខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាការសា របស់អ្នក សូម
ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង
សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាកសារសរសេរជាមក្សរជុំ
សម្រាប់ជនពិការតេខ្នួក ឬជាកសារសរសេរជាមក្សរពុម្ពទាំង
ពីរនៅក្នុងប្រទេស ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413
(TTY:711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគឺត្រឹមត្រូវ។

(Persian (Farsi))

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

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. Para obtener más información, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

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

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. Para obtener más información, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



Tagalog Tagline (Tagalog)

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

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ

กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข

1-800-452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้

ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ

สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ

ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่

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

ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. Para obtener más información, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khâu hiêu tiêng Việt (Vietnamese)

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

- ❖ Puede hacer un pedido permanente para conseguir este documento y futuras comunicaciones necesarias en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo (letra grande, braille, audio, etc.). Para hacer este pedido, puede comunicarse con Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Servicio al Cliente mantendrá registradas sus preferencias de idioma y formato hasta que usted desee actualizarlas.
- ❖ Para cambiar un pedido permanente y recibir las comunicaciones necesarias en su idioma preferido o en un formato alternativo, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan llamando al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. Para obtener más información, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



B. Preguntas frecuentes

Encuentre las respuestas a sus preguntas sobre esta *Lista de Medicamentos Cubiertos* (*Lista de Medicamentos*). Puede leer todas las preguntas frecuentes para obtener más información o buscar una pregunta y su respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos recetados aparecen en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*? (Usamos la frase “*Lista de Medicamentos*” para referirnos a la *Lista de Medicamentos Cubiertos* de forma abreviada).

Los medicamentos que aparecen en la *Lista de Medicamentos* que empieza en la **Sección C** son los medicamentos que cubre Blue Shield TotalDual Plan. Puede conseguir los medicamentos en las farmacias de nuestra red. Una farmacia se considera parte de nuestra red si tiene un contrato con nosotros para trabajar juntos y brindarle servicios. Estas farmacias se llaman “farmacias de la red”.

Es posible que Medi-Cal Rx cubra otros medicamentos, como los de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés), y ciertas vitaminas. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medicalrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC, por sus siglas en inglés) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

- Blue Shield TotalDual Plan cubrirá todos los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* que sean médicaamente necesarios si se cumplen estos requisitos:
 - su médico u otro profesional que le hace las recetas indica que usted los necesita para mejorar o mantenerse saludable;
 - Blue Shield TotalDual Plan está de acuerdo con que el medicamento es médicaamente necesario para usted; **y**
 - usted obtiene su medicamento recetado en una farmacia de la red de Blue Shield TotalDual Plan.
- En algunos casos, es necesario seguir algunos pasos para obtener un medicamento. Lea la pregunta B4 para conocer más detalles.

La lista actualizada de los medicamentos que cubrimos también está disponible en nuestro sitio web (blueshieldca.com/medformulary2026) o por teléfono, llamando a Servicio al Cliente a los números incluidos en el pie de página de este documento.

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



B2. ¿La *Lista de Medicamentos* cambia alguna vez?

Sí, y Blue Shield TotalDual Plan debe seguir las reglas de Medicare y Medi-Cal cuando hace cambios. Tal vez agreguemos o quitemos medicamentos de la *Lista de Medicamentos* durante el año.

También es posible que cambiemos las reglas sobre los medicamentos. Estos son algunos ejemplos de los cambios que podríamos hacer:

- Decidir que se necesita una autorización previa para un medicamento o que no es necesaria. (La autorización previa es un permiso que le da Blue Shield TotalDual Plan para que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de medicamento que usted puede obtener (esto se llama “límites de cantidad”).
- Agregar o cambiar las restricciones de tratamiento escalonado de un medicamento. (El tratamiento escalonado significa que usted debe probar el tratamiento con un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para conocer más detalles sobre estas reglas de los medicamentos, lea la pregunta B4.

Si toma un medicamento que estaba cubierto al **principio** del año, por lo general no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, salvo que pase alguna de estas situaciones:

- que aparezca un medicamento nuevo y más barato en el mercado, que funcione igual de bien que el medicamento que actualmente se encuentra en la *Lista de Medicamentos*; o
- que nos enteremos de que un medicamento no es seguro; o
- que un medicamento sea retirado del mercado.

En las preguntas B3 y B6, que están más abajo, hay más información sobre qué pasa cuando cambia la *Lista de Medicamentos*.

- Puede consultar la *Lista de Medicamentos* actualizada de Blue Shield TotalDual Plan en cualquier momento por Internet, en blueshieldca.com/medformulary2026. Las actualizaciones de la *Lista de Medicamentos* se publican en el sitio web cada mes.
- También puede llamar a Servicio al Cliente a los números incluidos en el pie de página de este documento para consultar la *Lista de Medicamentos* actual.

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



B3. ¿Qué pasa si hay un cambio en la *Lista de Medicamentos*?

Algunos cambios en la *Lista de Medicamentos* serán **inmediatos**; por ejemplo, los siguientes:

- **Sustituciones de ciertas versiones nuevas** de medicamentos. Es posible que quitemos medicamentos de la *Lista de Medicamentos* de forma inmediata si los reemplazamos por ciertas versiones nuevas de ese medicamento; sin embargo, el medicamento seguirá siendo gratis para usted. Al agregar la versión nueva de un medicamento, quizás también decidimos mantener en la lista el medicamento de marca o el producto biológico original, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero le enviaremos información sobre este cambio en particular una vez que lo hagamos.
 - Solo podremos hacer estos cambios si el medicamento que agregamos cumple con alguno de estos requisitos:
 - es una versión genérica nueva de un medicamento de marca; o
 - es una determinada versión biosimilar nueva de productos biológicos originales incluidos en la *Lista de Medicamentos* (por ejemplo, si se agrega un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original sin que sea necesaria una nueva receta).
 - Es posible que algunos de estos tipos de medicamentos sean nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la **Sección B14**.
 - Usted o su proveedor pueden pedir una excepción para que no se le apliquen estos cambios. Le mandaremos un aviso con los pasos a seguir para pedir una excepción. Lea las preguntas B10 a B12 para conocer más detalles sobre las excepciones.
- **Eliminación de medicamentos que no son seguros y de otros medicamentos que se retiran del mercado.** En algunos casos, puede determinarse que un medicamento no es seguro o puede retirarse del mercado por otro motivo. De ser así, es posible que lo quitemos de la *Lista de Medicamentos* inmediatamente. Si usted toma el medicamento, le enviaremos un aviso después de que hagamos el cambio. El profesional que le hace las recetas también estará al tanto de este cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para tratar su problema de salud.

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



Es posible que hagamos otros cambios que influyan en los medicamentos que usted toma.
Le avisaremos con anticipación sobre estos otros cambios en la *Lista de Medicamentos*. Estos cambios pueden hacerse en los siguientes casos:

- si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) brinda nuevas pautas o si hay guías clínicas nuevas sobre un medicamento;
- si quitamos un medicamento de marca de la *Lista de Medicamentos* cuando agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado;
- si quitamos un producto biológico original cuando agregamos un biosimilar; o
- si cambiamos las reglas o los límites de cobertura del medicamento de marca.

Cuando se implementen estos cambios, faremos lo siguiente:

- le avisaremos que faremos el cambio en la *Lista de Medicamentos* con al menos 30 días de anticipación; o
- le enviaremos el aviso y le daremos un suministro del medicamento de 30 días después de que pida una repetición.

De esta manera, usted tendrá tiempo para hablar con su médico o con otro profesional que le haga las recetas. Ellos le ayudarán a decidir lo siguiente:

- si en la *Lista de Medicamentos* hay un medicamento similar que pueda tomar en reemplazo del anterior; o
- si debe pedir una excepción para que no se le apliquen estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, lea las preguntas B10 a B12.

B4. ¿Hay algún tipo de restricción o límite para la cobertura de medicamentos, o hay algo que deba hacer para obtener ciertos medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o límites para la cantidad que puede obtener. En algunos casos, para obtener el medicamento, usted, su médico u otro profesional que le hace las recetas deben seguir ciertos pasos; por ejemplo:

- **Autorización previa:** para obtener algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional que le hace las recetas deben conseguir una autorización de Blue Shield TotalDual Plan para que usted obtenga su medicamento recetado. Una “autorización previa” no es lo mismo que una “referencia”. Es posible que Blue Shield TotalDual Plan no cubra el medicamento si usted no obtiene la autorización previa.

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



- **Límites de cantidad:** algunas veces, Blue Shield TotalDual Plan limita la cantidad de medicamento que usted puede obtener.
- **Tratamiento escalonado:** en algunos casos, Blue Shield TotalDual Plan le exige hacer un tratamiento escalonado. Esto significa que usted tendrá que probar medicamentos en un determinado orden para tratar su problema de salud. Es posible que deba probar un medicamento para que cubramos otro. Si el profesional que le hace las recetas opina que el primer medicamento no le hace efecto, cubriremos el segundo.

En las tablas de la **Sección C** puede ver si su medicamento tiene algún límite o requisito adicional. Además, puede obtener más información en nuestro sitio web, blueshieldca.com/medformulary2026. Hemos publicado en Internet documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le envíemos una copia.

Puede pedir una excepción para que no se le apliquen estos límites. De esta manera, usted tendrá tiempo para hablar con su médico o con otro profesional que le haga las recetas. Ellos pueden ayudarle a decidir si en la *Lista de Medicamentos* hay un medicamento similar que pueda tomar en reemplazo del anterior o si debe pedir una excepción. Lea las preguntas B10 a B12 para conocer más detalles sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si debo hacer algo para obtenerlo?

La tabla de la sección “Lista de medicamentos ordenados por problema de salud” tiene una columna llamada “Acciones necesarias, restricciones o límites para el uso”.

B6. ¿Qué pasa si Blue Shield TotalDual Plan cambia sus reglas sobre la forma en que cubre algunos medicamentos (por ejemplo, si hay restricciones, como una autorización previa, límites de cantidad y/o tratamiento escalonado)?

En algunos casos, le avisaremos con anticipación si agregamos o cambiamos las restricciones de autorización previa, límites de cantidad y/o tratamiento escalonado para un medicamento. Lea la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso con anticipación y las situaciones en las que tal vez no podamos avisarle antes de que haya cambios en nuestras reglas sobre los medicamentos de la *Lista de Medicamentos*.

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



B7. ¿Cómo encontrar un medicamento en la *Lista de Medicamentos*?

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

- puede buscar por orden alfabético; o
- puede buscar por problema de salud.

Para buscar **por orden alfabético**, busque su medicamento en la sección llamada “Índice de medicamentos cubiertos”, que está en el índice que empieza en la página 138 . 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.

Para buscar **por problema de salud**, consulte la sección llamada “Lista de medicamentos ordenados por problema de salud”. Los medicamentos de esta sección están agrupados en diferentes categorías según el tipo de problema de salud que tratan. Por ejemplo, si tiene una enfermedad del corazón, debe buscar en la categoría “Cardiovasculares”. Allí encontrará los medicamentos que se usan para tratar ese tipo de enfermedades.

B8. ¿Qué pasa si el medicamento que quiero tomar no está en la *Lista de Medicamentos*?

Si no encuentra su medicamento en la *Lista de Medicamentos*, pregúntenos por teléfono llamando a Servicio al Cliente a los números incluidos en el pie de página de este documento. Si le informan que Blue Shield TotalDual Plan no cubrirá el medicamento, puede elegir una de estas opciones:

- pedirle a Servicio al Cliente una lista de medicamentos que sean como el que quiere tomar y, después, mostrarle la lista a su médico o a otro profesional que le hace recetas. Ellos pueden recetarle un medicamento de la *Lista de Medicamentos* que sea similar al que usted quiere tomar; o
- pedirle a Blue Shield TotalDual Plan que haga una excepción y que cubra su medicamento. Lea las preguntas B10 a B12 para conocer más detalles sobre las excepciones.

B9. ¿Qué pasa si soy un miembro nuevo de Blue Shield TotalDual Plan y no puedo encontrar mi medicamento en la *Lista de Medicamentos* o tengo problemas para obtenerlo?

Podemos ayudarle. Es posible que cubramos un suministro de 30 días de su medicamento durante

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



los primeros 90 días de su membresía en Blue Shield TotalDual Plan. De esta manera, usted tendrá tiempo para hablar con su médico o con otro profesional que le haga las recetas. Ellos pueden ayudarle a decidir si en la *Lista de Medicamentos* hay un medicamento similar que pueda tomar en reemplazo del anterior o si debe pedir una excepción.

Si su receta indica menos días, le dejaremos obtener varias repeticiones hasta alcanzar el máximo de 30 días del medicamento.

Cubriremos un suministro de 30 días del medicamento en los siguientes casos:

- si usted toma un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*; o
- si las reglas de nuestro plan no le permiten obtener la cantidad que pide el profesional que le hace las recetas; o
- si, para obtener el medicamento, necesita la autorización previa de Blue Shield TotalDual Plan; o
- si usted toma un medicamento que es parte de una restricción de tratamiento escalonado.

Si toma un medicamento que, según Blue Shield TotalDual Plan, no es de la Parte D, y no está en la *Lista de Medicamentos* y usted tiene problemas para conseguirlo, es posible que Medi-Cal Rx lo cubra. Si es necesario hacer una excepción para un medicamento excluido de la Parte D, y usted tiene una emergencia, Medi-Cal Rx le dará, como mínimo, un suministro del medicamento de 72 horas. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC, por sus siglas en inglés) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

Si usted está en un hogar de ancianos o en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la *Lista de Medicamentos*, o si le es difícil conseguir el medicamento que necesita, podemos brindarle ayuda. Si hace más de 90 días que está inscrito en el plan, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro de 31 días del medicamento que necesita (salvo que tenga una receta por menos días), independientemente de si es un miembro nuevo de Blue Shield TotalDual Plan.
- Esto se suma al suministro temporal que le daremos durante los primeros 90 días de su membresía en Blue Shield TotalDual Plan.

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



Política de transición

Si un beneficiario cambia de un lugar de tratamiento a otro, Blue Shield TotalDual Plan garantizará un proceso rápido para aprobar los medicamentos de la Parte D que no estén en el formulario. Este proceso también se aplicará a los medicamentos de la Parte D que estén en el formulario y que necesiten autorización previa o tratamiento escalonado. Estos son algunos ejemplos de cambios en el nivel de atención: beneficiarios que reciben el alta de un hospital y van a un hogar, beneficiarios que terminan su estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare y que necesitan volver al formulario de la Parte D de su plan, beneficiarios que terminan su estadía en un centro de atención a largo plazo y vuelven a la comunidad, y beneficiarios que reciben el alta de un hospital psiquiátrico con regímenes de medicamentos muy personalizados.

B10. ¿Puedo pedir una excepción para que cubran mi medicamento?

Sí, puede pedirle a Blue Shield TotalDual Plan que haga una excepción y que cubra un medicamento que no está en la *Lista de Medicamentos*.

También puede pedirnos que cambiemos las reglas de su medicamento. A continuación, le mostramos algunos ejemplos:

- Blue Shield TotalDual Plan puede poner un límite en la cantidad que cubriremos de un medicamento. Si hay un límite para su medicamento, puede pedirnos que lo cambiemos y que cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que cancelemos las restricciones de tratamiento escalonado o los requisitos de autorización previa.

B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?

Llame a Servicio al Cliente para pedir una excepción. Ellos trabajarán con usted y con el profesional que le hace las recetas para ayudarle a pedir una excepción. También puede leer la **Sección G2 del Capítulo 9** del *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo hay que esperar para obtener una excepción?

Después de que el profesional que le hace las recetas nos mande una declaración que respalde su pedido de excepción, le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas. El profesional que le hace las recetas puede enviar esta declaración de manera electrónica (por Internet o por fax) o por correo postal. También puede llamar al Departamento de Farmacia de Blue Shield al (800) 535-9481, hacer la declaración verbalmente y después enviarnos una declaración por escrito si es necesario.

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



Si usted o el profesional que le hace las recetas piensan que esperar 72 horas para que se tome una decisión podría ser peligroso para su salud, usted puede pedir una excepción urgente. Esta decisión es más rápida. Si el profesional que le hace las recetas respalda su pedido, le informaremos la decisión dentro de las 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de ese profesional.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

Cuando nos referimos a medicamentos, esto puede significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas 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 obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el **Capítulo 5** del *Manual para Miembros*.

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

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el proveedor de servicios de envío al hogar de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se suministran mediante el servicio de envío al hogar son medicamentos que se toman regularmente para el tratamiento de un problema de salud crónico o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



mediante el proveedor de servicios de envío al hogar del plan están marcados con el símbolo NDS en nuestra *Lista de Medicamentos*.

- **Servicios de envío al hogar.** Ofrecemos un servicio de envío al hogar con el que puede obtener **un suministro de hasta 100 días para medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1, medicamentos genéricos del Nivel 2, medicamentos de marca preferidos del Nivel 3 y medicamentos no preferidos del Nivel 4**. El suministro de 100 días para medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1 y medicamentos genéricos del Nivel 2 tiene el mismo copago que el suministro de un mes para los Niveles 1 y 2. El suministro de 100 días para medicamentos de marca preferidos del Nivel 3 y medicamentos no preferidos del Nivel 4 tiene el mismo copago que el suministro de un mes para los Niveles 3 y 4.
- **Programas de farmacias de venta al por menor.** Es posible que algunas farmacias de venta al por menor también ofrezcan **un suministro de hasta 100 días para medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1, medicamentos genéricos del Nivel 2, medicamentos de marca preferidos del Nivel 3 y medicamentos no preferidos del Nivel 4**. El suministro de 100 días para medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1 y medicamentos genéricos del Nivel 2 tiene el mismo copago que el suministro de un mes para los Niveles 1 y 2. El suministro de 100 días para medicamentos de marca preferidos del Nivel 3 y medicamentos no preferidos del Nivel 4 tiene el mismo copago que el suministro de un mes para los Niveles 3 y 4.

B16. ¿Mi farmacia local puede enviar los medicamentos recetados a mi hogar?

Es posible que su farmacia local pueda enviarle los medicamentos recetados a su hogar. Puede llamar a la farmacia para averiguar si ofrece el servicio de envío al hogar.

B17. ¿Cuál es el copago que debo pagar?

Los miembros de Blue Shield TotalDual Plan tienen copagos para los medicamentos recetados si se respetan las reglas del plan.

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

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos preferidos.
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos genéricos.
- Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos de marca preferidos.
- Los medicamentos del Nivel 4 son medicamentos no preferidos.
- Los medicamentos del Nivel 5 son medicamentos de nivel especializado.

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



Nivel	Descripción	Copago	
		Suministro para 30 días	Suministro para 100 días
Nivel 1	Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0
Nivel 2	Medicamentos genéricos	\$0	\$0
Nivel 3	Medicamentos de marca preferidos	\$0, \$5.10, \$12.65	\$0, \$5.10, \$12.65
Nivel 4	Medicamentos no preferidos	\$0, \$5.10, \$12.65	\$0, \$5.10, \$12.65
Nivel 5	Medicamentos de nivel especializado	\$0, \$5.10, \$12.65	No disponible

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente a los números incluidos en el pie de página de este documento.

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. Para obtener más información, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



C. Resumen de la *Lista de Medicamentos Cubiertos*

En la *Lista de Medicamentos Cubiertos* encontrará información sobre los medicamentos que cubre Blue Shield TotalDual Plan. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos, que empieza en la **Sección D**. Allí aparecen todos los medicamentos que cubre Blue Shield TotalDual Plan ordenados alfabéticamente.

Es posible que Medi-Cal Rx cubra otros medicamentos, como los de venta sin receta (OTC) y ciertas vitaminas. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

Apelaciones según la Parte D

- La apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la cambiemos si usted piensa que nos equivocamos.
- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea no está cubierto o que Medicare o Medi-Cal ya no lo cubren.
- Si usted o el profesional que le hace las recetas no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. Si en algún momento quiere hacer una pregunta, llame a Servicio al Cliente a los números incluidos en el pie de página de este documento.
- También puede leer el **Capítulo 9** del *Manual para Miembros* para saber cómo apelar una decisión.
- En el caso de los medicamentos que no son de la Parte D, las reglas de apelación son distintas.

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



C1. Lista de medicamentos ordenados por problema de salud

Los medicamentos de esta sección están agrupados en diferentes categorías según el tipo de problema de salud que tratan. Por ejemplo, si tiene una enfermedad del corazón, debe buscar en la categoría “Cardiovasculares”. Allí encontrará los medicamentos que se usan para tratar ese tipo de enfermedades.

LEYENDA

NIVEL	NOMBRE	
1	Medicamentos genéricos preferidos	
2	Medicamentos genéricos	
3	Medicamentos de marca preferidos	
4	Medicamentos no preferidos	
5	Medicamentos de nivel especializado	
SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
LA	Acceso limitado (<i>Limited Access</i>)	Es posible que este medicamento recetado solo esté disponible en algunas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de Farmacias o llame a Servicio al Cliente.
PA	Autorización previa (<i>Prior authorization</i>)	La cobertura de este medicamento recetado requiere autorización previa de Blue Shield. Llame a Blue Shield para dar 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.
QL	Límite de cantidad (<i>Quantity Limit</i>)	Este medicamento tiene un límite de dosis o de cantidad recetada. Los límites máximos de dosis diaria los define la FDA y se explican en el prospecto del medicamento. Otros límites de cantidad promueven una dosificación consolidada cuando sea posible.
ST	Tratamiento escalonado (<i>Step Therapy</i>)	La cobertura para este medicamento recetado se brinda cuando ya se han probado tratamientos con otros medicamentos de primera línea o medicamentos preferidos (tratamiento escalonado).

Esta sección continúa en la página siguiente

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
NDS	Suministro de días no extendido <i>(Non-Extended Day Supply)</i>	Los medicamentos NO están disponibles para un suministro a largo plazo.

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos aparecen con letras minúsculas y en cursiva (por ejemplo, *simvastatina*), y los medicamentos de marca aparecen con letras mayúsculas (por ejemplo, ELIQUIS). La información de la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso” indica si Blue Shield TotalDual Plan tiene alguna regla para cubrir su medicamento.

D. Índice de medicamentos cubiertos

En esta sección, puede buscar el nombre de un medicamento por orden alfabético. Aquí encontrará el número de página que contiene más información sobre la cobertura de su medicamento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite blueshieldca.com/medformulary2026.



ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA		
<i>acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)</i>	NIVEL 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	NIVEL 4	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate 30 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	NIVEL 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 10-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 7.5-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS

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

ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (concentrate) (100 mg/5ml solution, 20 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml solution</i>	NIVEL 3	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 20 mg/5ml solution</i>	NIVEL 3	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 100 mg/5ml conc</i>	NIVEL 4	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 20 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i>	NIVEL 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA		
<i>buprenorphine (10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk, 5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk)</i>	NIVEL 4	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS

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

ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fentanyl (100 mcg/hr patch 72hr, 12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr)</i>	NIVEL 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	PA, NDS
<i>methadone hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 5 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er (100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 mg tab er)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	NIVEL 4	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	NIVEL 4	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES

<i>butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>cataflam 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>celecoxib (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium 1.5 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	NIVEL 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)

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

ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diclofenac sodium 75 mg tab dr</i>	NIVEL 1	
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<i>etodolac (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>etodolac (400 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>etodolac er (400 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 3	
FLURBIPROFEN (100 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>meloxicam (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<i>naproxen dr 500 mg tab dr</i>	NIVEL 2	
<i>naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>oxaprozin 600 mg tab</i>	NIVEL 4	

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

ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>relafen (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	

ANESTÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine 5 % ointment</i>	NIVEL 4	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5 % patch</i>	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lidocaine hcl 4 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lidocan 5 % patch</i>	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>premium lidocaine 5 % ointment</i>	NIVEL 4	QL (50 PER 30 DAYS)

ANSIOLÍTICOS

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

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

ANSIOLÍTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BENZODIACEPINAS		
<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)</i>	NIVEL 3	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 0.5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab disp</i>	NIVEL 3	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab disp</i>	NIVEL 3	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 10 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 1 DAYS)
<i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 0.5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (20 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 1 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 2 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam 2 mg/ml conc</i>	NIVEL 3	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>	NIVEL 3	QL (5 PER 1 DAYS)

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

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTITABACO, MEDICAMENTOS		
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NICOTROL 10 MG INHALER	NIVEL 4	
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
<i>varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk</i>	NIVEL 4	QL (53 PER 30 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
DEPENDENCIA A OPIOIDES		
<i>buprenorphine hcl (2 mg sl tab, 8 mg sl tab)</i>	NIVEL 2	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (12-3 mg film, 2-0.5 mg film, 2-0.5 mg sl tab, 4-1 mg film, 8-2 mg film, 8-2 mg sl tab)</i>	NIVEL 2	
DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN		
<i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>	NIVEL 4	
<i>disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
REVERTIDORES OPIOIDEOS		
KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml soln prsyr, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsyr, 4 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>naloxone hcl 4 mg/0.1ml liquid</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	NIVEL 2	

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

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AMINOGLUCÓSIDOS		
<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	NIVEL 4	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	NIVEL 5	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
<i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	NIVEL 2	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	NIVEL 4	
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 10 mg/ml solution, 2 gm/50ml solution, 80 mg/2ml solution)</i>	NIVEL 4	
ANTIBACTERIANOS, OTROS		
<i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>clindamycin hcl (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>clindamycin phosphate (300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 9 gm/60ml solution, 900 mg/6ml solution, 9000 mg/60ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>clindamycin phosphate 2 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)</i>	NIVEL 4	

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

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	NIVEL 4	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 5	
<i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>lincomycin hcl 300 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>	NIVEL 5	PA
<i>linezolid 600 mg tab</i>	NIVEL 4	PA
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	NIVEL 4	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	NIVEL 5	
<i>methenamine hippurate 1gm tab</i>	NIVEL 4	
<i>metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metronidazole (0.75 % lotion, 1 % gel, 500 mg/100ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>metronidazole 0.75 % cream</i>	NIVEL 3	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>rosadan 0.75 % cream</i>	NIVEL 3	
<i>rosadan 0.75 % gel</i>	NIVEL 2	
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>trimethoprim 100 mg tab</i>	NIVEL 2	

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

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 1.75 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 125 mg cap, 2 gm recon soln, 250 mg cap, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>vancomycin hcl 5 gm recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
XIFAXAN 200 MG TAB	NIVEL 4	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)

BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS

CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	NIVEL 2	
<i>cefadroxil (1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)</i>	NIVEL 3	
<i>cefadroxil 500 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>cefazolin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, 300 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)</i>	NIVEL 3	
<i>cefdinir 300 mg cap</i>	NIVEL 2	
CEFEPIME HCL (1 GM RECON SOLN, 1 GM/50ML SOLUTION, 2 GM RECON SOLN, 2 GM/100ML SOLUTION)	NIVEL 4	
<i>cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	

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

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CEFPODOXIME PROXETIL (100 MG TAB, 100 MG/5ML RECON SUSP, 200 MG TAB, 50 MG/5ML RECON SUSP)	NIVEL 4	
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
CEFTAZIDIME (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	
<i>ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)</i>	NIVEL 2	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	
BETALACTÁMICOS, PENICILINAS		
<i>amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg chew tab, 200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)</i>	NIVEL 2	

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

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 400-57 MG CHEW TAB	NIVEL 3	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER 1000-62.5 MG TAB ER 12H	NIVEL 4	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>ampicillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
BICILLIN L-A (1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR, 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR)	NIVEL 4	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>nafcillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>penicillin g potassium (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i>	NIVEL 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	NIVEL 4	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>pfizerpen (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>piperacillin sod-tazobactam so (13.5 (12-1.5) gm recon ln, 2.25 (2-0.25) gm recon ln, 3-0.375 gm recon ln, 3.375 (3-0.375) gm recon ln, 4-0.5 gm recon ln, 4.5 (4-0.5) gm recon ln, 40.5 (36-4.5) gm recon ln)</i>	NIVEL 4	

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

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CARBAPENÉMICOS		
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	NIVEL 3	
<i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
<i>meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	NIVEL 4	
MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i>	NIVEL 2	
AZITHROMYCIN 1 GM PACKET	NIVEL 3	
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	NIVEL 4	
<i>clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>clarithromycin er 500 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	
DIFICID 200 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
<i>erythrocin lactobionate 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	

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

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fidaxomicin 200 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
QUINOLONAS		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	NIVEL 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	NIVEL 4	
<i>ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%) recon susp, 500 mg/5ml (10%) recon susp)</i>	NIVEL 4	
<i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	NIVEL 3	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SULFONAMIDAS		
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	
TETRACICLINAS		
<i>avidoxy 100 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>doxy 100 100 mg recon soln</i>	NIVEL 4	

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

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>doxycycline hyclate (100 mg cap, 100 mg tab, 20 mg tab, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>minocycline hcl (100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>monodoxine nl 100 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>morgidox 100 mg cap</i>	NIVEL 2	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 4	

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTICONVULSIVOS, OTROS		
<i>BRIVIACT (10 MG TAB, 100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB)</i>	NIVEL 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION</i>	NIVEL 5	ST, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)</i>	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)</i>	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
<i>divalproex sodium er (250 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	

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

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>	NIVEL 4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>lamotrigine (25 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>	NIVEL 2	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>perampanel (10 mg tab, 12 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>perampanel 2 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>roweepra 500 mg tab</i>	NIVEL 2	
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>topiramate (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 50 mg cap sprink)</i>	NIVEL 2	

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

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	QL (16 ML PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>XCOPRI (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS

<i>carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>carbamazepine er (100 mg cap er 12h, 100 mg tab er 12h, 200 mg cap er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg cap er 12h, 400 mg tab er 12h)</i>	NIVEL 3	
<i>DILANTIN (100 MG CAP, 30 MG CAP)</i>	NIVEL 4	
<i>epitol 200 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (40 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)</i>	NIVEL 2	

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

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 4	
<i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension, 50 mg chew tab)</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i>	NIVEL 2	
<i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	NIVEL 4	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	NIVEL 5	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	NIVEL 4	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>XCOPRI (14 X 150 MG & 14 X200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X100 MG TAB THPK)</i>	NIVEL 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 MG TAB THPK</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK</i>	NIVEL 4	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION</i>	NIVEL 4	
<i>zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
<i>clobazam 10 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	NIVEL 4	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 20 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diazepam 10 mg gel</i>	NIVEL 4	QL (20 PER 30 DAYS)
DIAZEPAM 2.5 MG GEL	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 20 mg gel</i>	NIVEL 4	QL (40 PER 30 DAYS)
<i> gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)</i>	NIVEL 3	QL (72 PER 1 DAYS)
<i> gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i> gabapentin 100 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i> gabapentin 300 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i> gabapentin 400 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i> phenobarbital (100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 30 mg/7.5ml elixir, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/15ml elixir, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i> primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM, 5 MG FILM)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i> tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 4	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 2 X 10 MG/0.1ML LIQD THPK	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 5	QL (10 PER 30 DAYS)
<i> vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i>	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i> vigadron 500 mg packet</i>	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vigadroner 500 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	LA, QL (36 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

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

ANTIDEMENCIALES

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

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

ANTIDEMENCIALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i>	NIVEL 2	
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i>	NIVEL 2	
<i>galantamine hydrobromide (12 mg tab, 4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>rivastigmine (13.3 mg/24hr patch 24hr, 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr)</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>	NIVEL 3	

ANTIDEPRESIVOS

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

ANTIDEPRESIVOS, OTROS

AUVELITY 45-105 MG TAB ER	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)

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

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	NIVEL 5	QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	NIVEL 5	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA		
EMSAM (12 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN 10 MG TAB	NIVEL 4	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	NIVEL 4	
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)/INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (SNRI)		
<i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>citalopram hydrobromide (10 mg/5ml solution, 20 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 3	
<i>desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h</i>	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>escitalopram oxalate (10 mg/10ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	

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

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	NIVEL 4	QL (28 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 1	
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>	NIVEL 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	NIVEL 4	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
NEFAZODONE HCL (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	
<i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>paroxetine hcl er (12.5 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 37.5 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	NIVEL 3	
<i>trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>trazodone hcl 300 mg tab</i>	NIVEL 3	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	NIVEL 2	

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

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>venlafaxine hcl er (150 mg cap er 24h, 37.5 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
TRICÍCLICOS		
<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>amoxapine (100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>desipramine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>doxepin hcl (10 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>doxepin hcl 10 mg/ml conc</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>protriptyline hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>trimipramine maleate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTIEMÉTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIEMÉTICOS, OTROS		
<i>compro 25 mg suppos</i>	NIVEL 4	
<i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metoclopramide hcl (10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>metoclopramide hcl 5 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>	NIVEL 4	
<i>prochlorperazine maleate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	NIVEL 4	
COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGÉNICA		
<i>aprepitant (125 mg cap, 80 & 125 mg cap, 80 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
<i>dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 4 mg tab disp</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 8 mg tab disp</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	NIVEL 2	QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION

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

ANTIEMÉTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIESPÁSTICOS

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

ANTIESPÁSTICOS

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

ANTIFÚNGICOS

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

ANTIFÚNGICOS

ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

ANTIFÚNGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i>	NIVEL 2	
CRESEMBA 186 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
CRESEMBA 74.5 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>fluconazole (10 mg/ml recon susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)</i>	NIVEL 4	
<i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	NIVEL 5	
<i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	NIVEL 4	
<i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	NIVEL 4	
<i>micafungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	NIVEL 3	
<i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>	NIVEL 4	
<i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i>	NIVEL 2	
<i>nystatin 100000 unit/gm powder</i>	NIVEL 4	
<i>nystop 100000 unit/gm powder</i>	NIVEL 4	
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)

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

ANTIFÚNGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)</i>	NIVEL 3	
<i>terconazole 80 mg suppos</i>	NIVEL 4	
<i>voriconazole (200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA
<i>voriconazole 200 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIGOTOSOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIGOTOSOS		
<i>allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>probenecid 500 mg tab</i>	NIVEL 2	

ANTIJAQUECOSOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA (5-HT)		
<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)

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

ANTIJAQUECOSOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln prsyr, 6 mg/0.5ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate refill (4 mg/0.5ml soln cart, 6 mg/0.5ml soln cart)</i>	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)

ALCALOIDES DE ERGOTAMINA

<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB	NIVEL 3	QL (40 PER 28 DAYS)

CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS

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

ANTIMIASTÉNICOS

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

PARASIMPATICOMIMÉTICOS

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

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

ANTIMICOBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS		
<i>dapsone (100 mg tab, 25 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	NIVEL 4	
ANTITUBERCULOSOS		
<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab, 50 mg/5ml syrup)</i>	NIVEL 2	
PRIFTIN 150 MG TAB	NIVEL 4	
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
SIRTURO (100 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 5	PA
TRECATOR 250 MG TAB	NIVEL 4	

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALQUILANTES		
CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
GLEOSTINE (10 MG CAP, 40 MG CAP)	NIVEL 4	
GLEOSTINE 100 MG CAP	NIVEL 5	
LEUKERAN 2 MG TAB	NIVEL 4	
MATULANE 50 MG CAP	NIVEL 5	LA

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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIANDRÓGENOS		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abirtega 250 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
ERLEADA 240 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EULEXIN 125 MG CAP	NIVEL 3	
FLUTAMIDE 125 MG CAP	NIVEL 3	
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIANGIOGÉNICOS		
<i>lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 50 MG CAP	NIVEL 5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES		
<i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	NIVEL 4	
ANTIMETABOLITOS		
<i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	NIVEL 2	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	NIVEL 3	
ANTINEOPLÁSICOS, OTROS		
AKEEGA (100-500 MG TAB, 50-500 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AUGTYRO 40 MG CAP	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	NIVEL 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IWILFIN 192 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	
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 (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZOLINZA 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO		
<i>mesna 400 mg tab</i>	NIVEL 4	
VONJO 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN		
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	NIVEL 1	
<i>exemestane 25 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES		
ALECENSA 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER PACK	NIVEL 5	LA, QL (66 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BALVERSA 5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	NIVEL 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)</i>	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTrif (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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 (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBTROZI 200 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (100 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (140 MG CAP, 140 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IMBRUVICA (280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB, 70 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (49 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (70 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (91 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 240 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 240 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	NIVEL 5	LA, QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MEKINIST 0.5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nilotinib hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	NIVEL 5	QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 5	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (13.5 MG TAB, 4.5 MG TAB, 9 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG CAP	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 80 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 110 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 160 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RYDAPT 25 MG CAP	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	NIVEL 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	NIVEL 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	NIVEL 5	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 25 mg cap</i>	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TAZVERIK 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	NIVEL 5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (150 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 125 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	NIVEL 3	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VERZENIO (200 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 200 MG CAP, 250 MG CAP, 50 MG CAP SPRINK)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (32 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

RETINOIDES

<i>bexarotene 1% gel</i>	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	NIVEL 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	NIVEL 5	

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

ANTIPARASITARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIHELMÍNTICOS		
<i>albendazole 200 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	NIVEL 3	
ANTIPROTOZOICOS		
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	NIVEL 4	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (250-100 mg tab, 62.5-25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	NIVEL 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	NIVEL 4	QL (720 PER 365 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	NIVEL 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
<i>hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
IMPAVIDO 50 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab</i>	NIVEL 2	

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

ANTIPARASITARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	NIVEL 5	PA
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	NIVEL 3	PA, QL (6 PER 1 DAYS)

ANTIPARKINSONIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGONISTAS DE LA DOPAMINA		
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>ropinirole hcl er (2 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h, 6 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)

ANTICOLINÉRGICOS

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

ANTIPARKINSONIANOS, OTROS

<i>amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 50 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	
--	---------	--

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

ANTIPARKINSONIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (8 PER 1 DAYS)
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
PRECURSORES DE LA DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA L-AMINOÁCIDO DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa 25 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>CARBIDOPA-LEVODOPA (10-100 MG TAB DISP, 25-100 MG TAB DISP, 25-250 MG TAB DISP)</i>	NIVEL 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>carbidopa-levodopa er (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)</i>	NIVEL 2	

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
<i>COBENFY (100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP, 50-20 MG CAP)</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK</i>	NIVEL 5	QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS		
<i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab, 25 mg tab, 25 mg/ml solution, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 50 mg/2ml solution)</i>	NIVEL 4	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>FLUPHENAZINE HCL (1 MG TAB, 10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 2.5 MG/5ML ELIXIR, 2.5 MG/ML SOLUTION, 5 MG TAB, 5 MG/ML CONC)</i>	NIVEL 4	
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>	NIVEL 3	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>loxpipine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	NIVEL 4	QL (8 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (9 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
PIMOZIDE (1 MG TAB, 2 MG TAB)	NIVEL 3	
<i>thioridazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
RESISTENTES AL TRATAMIENTO		
<i>clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, 25 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	

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

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (18 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS		
ABILITY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	QL (25 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 2 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole 5 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>asenapine maleate (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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
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 365 OVER TIME), 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

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

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (10 MG TAB, 12 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB	NIVEL 4	QL (12 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.75 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 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION

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

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lurasidone hcl (120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lurasidone hcl 80 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>olanzapine (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<i>olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
OPIPZA (10 MG FILM, 5 MG FILM)	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OPIPZA 2 MG FILM	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (120 MG PRSYR, 90 MG PRSYR)	NIVEL 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>quetiapine fumarate er (150 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 400 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 4	
REXULTI (0.25 MG TAB, 1 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REXULTI (0.5 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)</i>	NIVEL 4	
<i>risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	NIVEL 3	
<i>risperidone microspheres er (12.5 mg srer, 25 mg srer)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	NIVEL 4	QL (7 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIVÍRICOS

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

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

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREVYMIS (120 MG PACKET, 20 MG PACKET)	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	NIVEL 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 1 DAYS)
ANTIGRIPALES		
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	NIVEL 3	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	NIVEL 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1X 40 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1X 80 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)
ANTIHEPATÍTICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (21 PER 1 DAYS)
<i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	NIVEL 3	
ANTIHEPÁTICOS CONTRA LA HEPATITIS C		
MAVYRET 100-40 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)

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

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MAVYRET 50-20 MG PACKET	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

ANTIHERPÉTICOS

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

ANTIRRETRÓVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)

BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)

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

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TIVICAY 10 MG TAB	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
APTVUS 250 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (13 PER 1 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (56 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	QL (13 PER 1 DAYS)
NORVIR 100 MG CAP	NIVEL 4	
NORVIR 100 MG PACKET	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (15 PER 1 DAYS)
PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	NIVEL 3	QL (10 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)

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

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VIRACEPT 250 MG TAB	NIVEL 5	QL (9 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ANTIRRETRÓVÍRICOS, INHIBIDORES NO NUCLEOSÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT 25 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 200 MG CAP	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 50 MG CAP	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 100 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>etravirine 200 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER 100 MG TAB ER 24H	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ANTIRRETRÓVÍRICOS, INHIBIDORES NUCLEOSÍDICOS Y NUCLEOTÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NRTI)		
<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)

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

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine (10 mg/ml solution, 300 mg/30ml solution)</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
STAVUDINE (15 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP, 40 MG CAP)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
TEMIXYS 300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	NIVEL 4	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)

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

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 1 DAYS)
ANTIRRETRÓVÍRICOS, OTROS		
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	NIVEL 5	QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	NIVEL 5	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>maraviroc 150 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tab</i>	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (60 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TAB	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TAB	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS)
SUNLENCA 300 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 168 OVER TIME)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID 6 X 150 MG & 5 X 100MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (11 PER 30 OVER TIME)

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

BIPOLARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO		
<i>lithium 8 meq/5ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>lithium carbonate er (300 mg tab er, 450 mg tab er)</i>	NIVEL 2	

BUCODENTALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BUCODENTALES		
<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	NIVEL 4	
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	NIVEL 3	
<i>oralone 0.1 % paste</i>	NIVEL 3	
<i>periogard 0.12 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	NIVEL 3	

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA		
<i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>	NIVEL 3	

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

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	NIVEL 4	PA, QL (18 PER 1 DAYS)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
<i>droxidopa 300 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	
METHYLDOPA (250 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 3	

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II

<i>candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>losartan potassium (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>valsartan (160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	

ANTIARRÍTMICOS

<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	NIVEL 4	

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

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>flecainide acetate (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	NIVEL 2	
MULTAQ 400 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>pacerone 200 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sorine (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>sotalol hcl (af) (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA		
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>terazosin hcl (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 1	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>atenolol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>bisoprolol fumarate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	

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

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 1	
<i>metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	NIVEL 3	
<i>propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 4	

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS

<i>amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 3	
<i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>nifedipine er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	

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

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nifedipine er osmotic release (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	NIVEL 4	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS		
<i>cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl er (120 mg cap er 12h, 120 mg cap er 24h, 120 mg tab er 24h, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er 24h, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h, 60 mg cap er 12h, 90 mg cap er 12h)</i>	NIVEL 2	
<i>diltiazem hcl er beads 420 mg cap er 24h</i>	NIVEL 2	
<i>matzim la (180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	

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

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>taztia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>tiadylt er (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h, 420 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
VERAPAMIL HCL ER (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 360 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	
<i>verapamil hcl er (120 mg cap er 24h, 120 mg tab er, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er)</i>	NIVEL 2	
CARDIOVASCULARES, OTROS		
<i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl (10-20 mg cap, 10-40 mg cap, 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap)</i>	NIVEL 1	
<i>amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>amlodipine-atorvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab, 2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)</i>	NIVEL 1	

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

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amlodipine-valsartan-hctz (10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab, 5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>atenolol-chlorthalidone (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	NIVEL 1	
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	PA, QL (20 PER 1 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
ENTRESTO (15-16 MG CAP SPRINK, 6-6 MG CAP SPRINK)	NIVEL 3	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE (250-15 MG TAB, 250-25 MG TAB)	NIVEL 3	

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

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>metyrosine 250 mg cap</i>	NIVEL 5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	NIVEL 2	
PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB)	NIVEL 2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>sacubitril-valsartan (24-26 mg tab, 49-51 mg tab, 97-103 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>	NIVEL 1	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (1-240 MG TAB ER, 2-180 MG TAB ER, 2-240 MG TAB ER, 4-240 MG TAB ER)	NIVEL 1	
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab, 80-12.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	

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

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VERQUVO (10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO		
<i>fenofibrate (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>fenofibrate micronized (130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap, 43 mg cap, 67 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>fenofibric acid (135 mg cap dr, 45 mg cap dr)</i>	NIVEL 3	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	NIVEL 2	
DISLIPIDÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HIDROXIMETILGLUTARIL-COENZIMA A (HMG-COA) REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 1	
<i>fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	
<i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>rosuvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>simvastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
DISLIPIDÉMICOS, OTROS		
<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	NIVEL 3	
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	NIVEL 2	
<i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>	NIVEL 4	

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

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)</i>	NIVEL 3	
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	NIVEL 2	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	NIVEL 4	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er</i>	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	NIVEL 4	
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	NIVEL 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	NIVEL 3	PA
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA
DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO		
<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
DIURÉTICOS, ASA		
<i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	

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

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bumetanide 0.25 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>furosemide (20 mg tab, 40 mg tab, 8 mg/ml solution, 80 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>torsemide (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
DIURÉTICOS, TIAZIDAS		
<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)		
<i>benazepril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>captopril (100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>enalapril maleate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>lisinopril (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>moexipril hcl (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>quinapril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>ramipril (1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 1	

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

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 1	
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL (10 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
FARXIGA (10 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA		
<i>hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
<i>isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>isosorbide mononitrate er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 1	
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	
<i>minitran (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	NIVEL 2	
NITRO-BID 2 % OINTMENT	NIVEL 3	
<i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	NIVEL 2	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)

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

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ACNÉ Y ROSÁcea, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
<i>accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>	NIVEL 4	
<i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel</i>	NIVEL 3	
<i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>myorisan (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>	NIVEL 3	
<i>tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)</i>	NIVEL 4	
<i>tretinoïn (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)</i>	NIVEL 4	PA
<i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	NIVEL 4	
ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS		
<i>acyclovir 5 % ointment</i>	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ciclodan 8 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)</i>	NIVEL 4	
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	NIVEL 2	

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

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin phos (once-daily) 1 % gel</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel</i>	NIVEL 2	
<i>clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)</i>	NIVEL 2	
<i>ERY 2 % PAD</i>	NIVEL 3	
<i>erythromycin 2 % gel</i>	NIVEL 4	
<i>erythromycin 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	NIVEL 2	

DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

<i>ala-cort (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	NIVEL 2	
<i>alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>clobetasol propionate 0.05 % liquid</i>	NIVEL 4	QL (250 PER 30 DAYS)
<i>clobetasol propionate e 0.05 % cream</i>	NIVEL 4	

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

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 4	
<i>desoximetasone 0.25 % cream</i>	NIVEL 4	
<i>EUCRISA 2 % OINTMENT</i>	NIVEL 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	NIVEL 3	
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>	NIVEL 4	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	NIVEL 4	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)</i>	NIVEL 3	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	NIVEL 3	
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	NIVEL 2	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	NIVEL 4	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone (perianal) (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment</i>	NIVEL 4	
<i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)</i>	NIVEL 2	
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>procto-pak 1 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	NIVEL 2	

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

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>protozone-hc 2.5 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>	NIVEL 2	
<i>tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)</i>	NIVEL 4	QL (100 PER 30 DAYS)
<i>triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>triderm (0.1 % cream, 0.5 % cream)</i>	NIVEL 2	
DERMATOLÓGICOS, OTROS		
<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)</i>	NIVEL 4	
<i>calcipotriene 0.005 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	NIVEL 3	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion</i>	NIVEL 4	
<i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)</i>	NIVEL 2	
<i>fluorouracil 5 % cream</i>	NIVEL 3	
<i>imiquimod 5 % cream</i>	NIVEL 2	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>	NIVEL 2	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	NIVEL 5	
<i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i>	NIVEL 4	

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

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>podofilox 0.5 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>qc alcohol 70 % misc</i>	NIVEL 2	
<i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	NIVEL 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>ssd 1 % cream</i>	NIVEL 2	
TOLAK 4 % CREAM	NIVEL 3	
VALCHLOR 0.016 % GEL	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS		
<i>malathion 0.5 % lotion</i>	NIVEL 4	
<i>permethrin 5 % cream</i>	NIVEL 2	

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES		
<i>clovique 250 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)</i>	NIVEL 5	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	NIVEL 3	
JYNARQUE (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 (2 PER 1 DAYS)
JYNARQUE 15 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)

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

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JYNARQUE 30 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>trientine hcl 250 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
QUELANTES DE POTASIO		
<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	NIVEL 2	
LOKELMA (10 GM PACKET, 5 GM PACKET)	NIVEL 3	
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	NIVEL 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION)	NIVEL 2	
SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES		
<i>dextrose 10 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>dextrose 5 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	NIVEL 4	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	NIVEL 3	
<i>dextrose-sodium chloride (10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution, 2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>dextrose-sodium chloride (5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)</i>	NIVEL 3	
<i>kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i>	NIVEL 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	NIVEL 4	

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

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>klor-con 10 10 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con 8 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con m10 10 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con m15 15 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>klor-con m20 20 meq tab er</i>	NIVEL 2	
<i>lactated ringers solution</i>	NIVEL 4	
<i>magnesium sulfate 50 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>nafrinse 2.2 (1f) mg chew tab</i>	NIVEL 2	
<i>PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB</i>	NIVEL 3	
<i>potassium chloride (10 % solution, 10 meq/100ml solution, 2 meq/ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i>	NIVEL 4	
<i>potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)</i>	NIVEL 2	
<i>potassium chloride er (10 meq cap er, 10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er, 8 meq cap er, 8 meq tab er)</i>	NIVEL 2	
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	NIVEL 4	
<i>potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)</i>	NIVEL 4	
<i>potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)</i>	NIVEL 3	
<i>POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION</i>	NIVEL 4	
<i>PREMASOL 10 % SOLUTION</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>prenatal vitamins</i>	NIVEL 3	
<i>ringers solution</i>	NIVEL 4	

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

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)</i>	NIVEL 4	
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>sodium fluoride (0.55 (0.25 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, 2.2 (1 f) mg chew tab)</i>	NIVEL 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AMINOSALICILATOS		
<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	NIVEL 3	
<i>mesalamine (1000 mg suppos, 4 gm enema)</i>	NIVEL 4	
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>mesalamine er 0.375 gm cap er 24h</i>	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	NIVEL 2	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	NIVEL 4	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>budesonide er 9 mg tab er 24h</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>CORTIFOAM 10 % FOAM</i>	NIVEL 4	
<i>hydrocortisone (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>	NIVEL 3	

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

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
<i>alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)</i>	NIVEL 1	
ALENDRONATE SODIUM 5 MG TAB	NIVEL 2	
<i>alendronate sodium 70 mg/75ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	NIVEL 2	QL (3.7 PER 30 DAYS)
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i>	NIVEL 2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cincalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>doxercalciferol 4 mcg/2ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	NIVEL 1	
<i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen</i>	NIVEL 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	NIVEL 5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (1.7 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

GASTROINTESTINALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)		
<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i>	NIVEL 1	
NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)	NIVEL 2	
ANTIDIARREICOS		
<i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA
<i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i>	NIVEL 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	NIVEL 4	
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	NIVEL 2	
XERMELO 250 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES		
<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution</i>	NIVEL 4	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 4	
ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i>	NIVEL 2	

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

GASTROINTESTINALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	NIVEL 2	
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	NIVEL 3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	NIVEL 2	

GASTROINTESTINALES, OTROS

<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	NIVEL 4	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	NIVEL 2	
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	NIVEL 5	PA
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	NIVEL 2	
<i>ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	NIVEL 4	

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

<i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i>	NIVEL 4	
<i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>	NIVEL 2	
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>omeprazole 10 mg cap dr</i>	NIVEL 2	
<i>omeprazole 20 mg cap dr</i>	NIVEL 1	

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

GASTROINTESTINALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	NIVEL 1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i>	NIVEL 1	
<i>pantoprazole sodium 40 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i>	NIVEL 1	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	NIVEL 3	

PROTECTORES

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

GENITOURINARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS		
<i>GEMTESA 75 MG TAB</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)</i>	NIVEL 3	
<i>MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER</i>	NIVEL 3	QL (10 PER 1 DAYS)
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>oxybutynin chloride er (10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 2	
<i>solifenacin succinate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 4	ST
<i>tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)</i>	NIVEL 4	ST
<i>trospium chloride 20 mg tab</i>	NIVEL 2	

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

GENITOURINARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GENITOURINARIOS, OTROS		
<i>bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	NIVEL 5	PA
HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h</i>	NIVEL 2	
<i>dutasteride 0.5 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>finasteride 5 mg tab</i>	NIVEL 1	
<i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil 2.5 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil 5 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	NIVEL 1	

HEMOPERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTICOAGULANTES		
<i>dabigatran etexilate mesylate (110 mg cap, 150 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 MG TAB SOL</i>	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 MG TAB SOL</i>	NIVEL 3	QL (16 PER 1 DAYS)
<i>ELIQUIS (2.5 MG TAB, 5 MG TAB)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ELIQUIS 0.15 MG CAP SPRINK</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL</i>	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK</i>	NIVEL 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)

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

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)</i>	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsyr, 80 mg/0.8ml soln prsyr)</i>	NIVEL 4	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr</i>	NIVEL 4	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr</i>	NIVEL 4	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr</i>	NIVEL 4	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	NIVEL 5	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	NIVEL 4	QL (15 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>	NIVEL 5	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>	NIVEL 5	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution)</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>jantoven (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>rivaroxaban 1 mg/ml recon susp</i>	NIVEL 3	QL (20 ML PER 1 DAYS)
<i>rivaroxaban 2.5 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>warfarin sodium (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

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

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 3	QL (20 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	NIVEL 3	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/ML SOLUTION)	NIVEL 4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 25 mg packet</i>	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 75 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA

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

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	NIVEL 4	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
HEMOSTÁTICOS		
<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
MODIFICADORES PLAQUETARIOS		
<i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h</i>	NIVEL 4	
<i>cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	NIVEL 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>prasugrel hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	NIVEL 4	
<i>LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)</i>	NIVEL 5	

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

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	NIVEL 5	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<i>octreotide acetate (100 mcg/ml soln prsyr, 100 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 50 mcg/ml soln prsyr, 50 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution)</i>	NIVEL 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	NIVEL 4	

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

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	NIVEL 4	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % solution</i>	NIVEL 4	
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	PA

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANDRÓGENOS		
<i>danazol (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 4	
<i>depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	
<i>testosterone (1.62 % gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)</i>	NIVEL 4	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)</i>	NIVEL 3	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel</i>	NIVEL 4	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	NIVEL 3	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)

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

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ESTRÓGENOS		
<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>amethia 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>ashlyna 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>camrese 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab</i>	NIVEL 3	

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

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>cyclafem 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>cyclafem 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>daysee 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	NIVEL 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	NIVEL 3	
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	NIVEL 3	
<i>enpresse-28 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	

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

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	NIVEL 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i>	NIVEL 3	QL (8 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>estradiol 0.01 % cream</i>	NIVEL 2	
<i>estradiol 10 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)</i>	NIVEL 4	
<i>ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
<i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 mg-mcg tab, 1-50 mg-mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>etonogestrel-ethynodiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	NIVEL 3	
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	NIVEL 3	
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	

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

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>jaimiess 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	NIVEL 4	
<i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	NIVEL 3	
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>larissia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>levonest 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)</i>	NIVEL 3	

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

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	NIVEL 3	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lillow 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lutera 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	NIVEL 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)</i>	NIVEL 4	
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	

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

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>mil 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	NIVEL 3	
<i>mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	NIVEL 3	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	NIVEL 3	
<i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	

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

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nymyo 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>ocella 3-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>orsythia 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
PREMARIN (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)	NIVEL 4	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	NIVEL 3	
<i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>simpesse 0.15-0.03 &0.01 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>syeda 3-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri-femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri-estarrylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	

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

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri-previfem 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>trivora (28) 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>valtya 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB</i>	NIVEL 3	
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>vienna 0.1-20 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	NIVEL 3	
<i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	NIVEL 3	
<i>xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	NIVEL 3	
<i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	NIVEL 3	
<i>yuvafem 10 mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	NIVEL 3	
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	

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

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	NIVEL 3	
<i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	NIVEL 3	

MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS

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

PROGESTINAS

<i>camila 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	
<i>emzahh 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>errin 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>gallifrey 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>heather 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	NIVEL 3	
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)</i>	NIVEL 3	
<i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>meleya 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	NIVEL 3	

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

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>norlyda 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>orquidea 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i>	NIVEL 2	
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	
<i>tulana 0.35 mg tab</i>	NIVEL 3	

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	NIVEL 4	
<i>decadron (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	NIVEL 2	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	
<i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	NIVEL 2	

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

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)</i>	NIVEL 4	
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>	NIVEL 4	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	NIVEL 2	
<i>prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 6.7(5 base) mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>prednisone (1 mg tab, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 3	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	NIVEL 4	

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)

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

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

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

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

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levo-t (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>levothyroxine sodium (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>levoxyl (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	NIVEL 3	
<i>liothyronine sodium (25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	NIVEL 2	
REZDIFFRA (100 MG TAB, 60 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNTHROID (100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 25 MCG TAB, 300 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB)	NIVEL 3	
<i>unithroid (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	NIVEL 3	

HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

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

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

HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

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

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	NIVEL 5	PA, LA
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
INMUNOESTIMULANTES		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
INMUNOGLOBULINAS		
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA

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

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
COSENTYX (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, LA
COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, LA
DUPIXENT (100 MG/0.67ML SOLN PRSYR, 200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
OTEZLA (10 & 20 & 30 MG TAB THPK, 4 X 10 & 51 X20 MG TAB THPK)	NIVEL 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
RIDAURA 3 MG CAP	NIVEL 3	
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (12 ML PER 1 DAYS)
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)

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

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	NIVEL 5	PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	NIVEL 5	PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB-AEKN 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB-AEKN 90 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)
XELJANZ (10 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)
YESINTEK (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	NIVEL 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (104 ML PER 365 OVER TIME)
YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (1 ML PER 28 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 qué significan los símbolos y las abreviaturas de esta tabla si visita las páginas <xiv> y lee la explicación que se brinda en las leyendas.

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg/ml solution)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL (25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
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
<i>everolimus (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>everolimus 0.25 mg tab</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>gengraf (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 2	
METHOTREXATE SODIUM (250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	NIVEL 2	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 500 mg recon soln)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) 80 MG/0.8ML PREF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 20 MG/0.2ML PREF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 40 MG/0.4ML PREF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VACUNAS		
ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	NIVEL 3	VAC
ACTHIB RECON SOLN	NIVEL 3	
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	NIVEL 3	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	NIVEL 3	VAC
BEXZERO SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	NIVEL 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	NIVEL 3	
DENGVAXIA RECON SUSP	NIVEL 4	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	VAC
HAVRIX (1440 EL U/ML SUSP PRSYR, 1440 EL U/ML SUSPENSION)	NIVEL 3	VAC
HAVRIX (720 EL U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 EL U/0.5ML SUSPENSION)	NIVEL 3	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	NIVEL 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC

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

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	NIVEL 3	
IPOL SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
IXIARO SUSPENSION	NIVEL 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	
M-M-R II RECON SOLN	NIVEL 3	VAC
MENACTRA SOLUTION	NIVEL 3	VAC
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	NIVEL 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	NIVEL 3	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
PEDIARIX SUSP PRSYR	NIVEL 3	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
PENMENVY RECON SUSP	NIVEL 3	
PENTACEL RECON SUSP	NIVEL 3	
PRIORIX RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
PROQUAD RECON SUSP	NIVEL 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	
RABAVERT RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
RECOMBIVAX HB (10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION, 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
ROTARIX (RECON SUSP, SUSPENSION)	NIVEL 3	
ROTATEQ SOLUTION	NIVEL 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC

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

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
TRUMENBA SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	NIVEL 4	VAC
VAQTA (25 UNIT/0.5ML 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 RECON SUSP	NIVEL 4	VAC
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	
VIVOTIF CAP DR	NIVEL 4	
YF-VAX RECON SUSP	NIVEL 4	VAC

MIORRELAJANTES

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

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

MIORRELAJANTES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cyclobenzaprine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA
<i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	NIVEL 3	PA
<i>vanadom 350 mg tab</i>	NIVEL 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>cromolyn sodium 4 % solution</i>	NIVEL 2	
OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	NIVEL 2	
GENTAK 0.3 % OINTMENT	NIVEL 2	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	NIVEL 2	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	NIVEL 3	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	NIVEL 3	
NATACYN 5 % SUSPENSION	NIVEL 3	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>	NIVEL 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	NIVEL 3	
<i>sulfacetamide sodium 10 % solution</i>	NIVEL 2	

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

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	NIVEL 2	
TRIFLURIDINE 1% SOLUTION	NIVEL 3	
ZIRGAN 0.15 % GEL	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)
OFTÁLMICOS ANTIINFLAMATORIOS		
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>	NIVEL 4	
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	NIVEL 2	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	NIVEL 2	
FML 0.1 % OINTMENT	NIVEL 4	
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	NIVEL 4	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	NIVEL 3	QL (3 PER 30 DAYS)
<i>ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)</i>	NIVEL 2	
<i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>	NIVEL 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	NIVEL 3	
OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS		
<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	NIVEL 4	ST, QL (5 PER 30 DAYS)
<i>latanoprost 0.005 % solution</i>	NIVEL 1	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	NIVEL 4	
OFTÁLMICOS BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>betaxolol hcl 0.5 % solution</i>	NIVEL 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	NIVEL 2	

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

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)</i>	NIVEL 3	
<i>timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)</i>	NIVEL 1	
OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS		
<i>acetazolamide er 500 mg cap er 12h</i>	NIVEL 2	
<i>apraclonidine hcl 0.5 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>brimonidine tartrate 0.1 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>brimonidine tartrate 0.15 % solution</i>	NIVEL 4	
<i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	NIVEL 3	
<i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)</i>	NIVEL 2	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	NIVEL 3	
OFTÁLMICOS, OTROS		
<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	NIVEL 2	
<i>atropine sulfate 1 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	NIVEL 2	
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment</i>	NIVEL 2	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal (2-0.5 % solution, 22.3-6.8 mg/ml solution)</i>	NIVEL 2	

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

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	NIVEL 2	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	NIVEL 2	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)</i>	NIVEL 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	NIVEL 4	
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	NIVEL 2	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	NIVEL 4	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	NIVEL 2	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	NIVEL 2	
XDEMVY 0.25 % SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XXIIDRA 5 % SOLUTION	NIVEL 3	
ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION	NIVEL 3	

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

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 1	
<i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	NIVEL 1	
<i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	NIVEL 1	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUMET XR (100-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUVIA (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)

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

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>metformin hcl (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 1	
MOUNJARO (10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)</i>	NIVEL 1	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)</i>	NIVEL 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)</i>	NIVEL 1	
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	NIVEL 1	
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)

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

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H, 5-500 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
XIGDUO XR (2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
GLUCÉMICOS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	NIVEL 5	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
<i>glucagon emergency 1 mg recon soln</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY 1 MG/ML RECON SOLN	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
INSULINAS		
FIASP 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
FIASP FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
FIASP PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	NIVEL 3	
FIASP PUMPCART 100 UNIT/ML SOLN CART	NIVEL 3	
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	NIVEL 3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	

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

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
INSULIN ASPART FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
INSULIN ASPART PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	NIVEL 3	
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	

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

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (40 PER 30 DAYS)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (45 PER 30 DAYS)
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
NOVOLOG 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
NOVOLOG FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	NIVEL 3	
NOVOLOG RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (27 PER 30 DAYS)

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

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
BETASERON 0.3 MG KIT	NIVEL 5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>dalfampridine er 10 mg tab er 12h</i>	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate 120 mg cap dr</i>	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate 240 mg cap dr</i>	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk</i>	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsyr</i>	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP DR	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP DR	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>duloxetine hcl (20 mg cp dr part, 60 mg cp dr part)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)

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

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 1 DAYS)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL

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

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

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

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

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS NO ANFETAMÍNICOS CONTRA EL		
<i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i>	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>guanfacine hcl er (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg chew tab</i>	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 20 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab er</i>	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab er</i>	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
ALCOHOL 70% PADS	NIVEL 2	
ALCOHOL PREP PAD	NIVEL 2	

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

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	NIVEL 2	
ALCOHOL SWABS 70 % PAD	NIVEL 2	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	NIVEL 2	
AQ INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
AQINJECT PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
<i>argyle sterile water solution</i>	NIVEL 2	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	NIVEL 2	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	NIVEL 3	
AUM PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC)	NIVEL 3	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	NIVEL 3	
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC	NIVEL 3	
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC	NIVEL 3	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	NIVEL 2	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	NIVEL 2	

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

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

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

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

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EASY COMFORT PEN NEEDLES (29G X 4MM MISC, 29G X 5MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML MISC	NIVEL 3	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 (27G X 5/8" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE U/F (29G X 12.7MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	NIVEL 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (29G X 12MM MISC, 30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	

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

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gauze pads 2</i>	NIVEL 2	
GNP PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	NIVEL 3	
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 X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 1/2" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
INSUPEN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM MISC	NIVEL 3	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lactated ringers solution</i>	NIVEL 2	
<i>methergine 0.2 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>	NIVEL 4	
<i>novofine 32g x 6 mm misc</i>	NIVEL 3	
<i>novotwist 32g x 5 mm misc</i>	NIVEL 3	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
PEN NEEDLES (30G X 5 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
PENBRAYA RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1ML MISC)	NIVEL 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC, 33G X 8 MM MISC)	NIVEL 3	
<i>ringers irrigation solution</i>	NIVEL 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (X1/2" 0.5 ML MISC, X1/2" 1ML MISC)	NIVEL 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	NIVEL 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sterile water for irrigation solution</i>	NIVEL 2	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
<i>tis-u-sol solution</i>	NIVEL 2	

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

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

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

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

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

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

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>alyq 20 mg tab</i>	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>bosentan (125 mg tab, 62.5 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bosentan 32 mg tab sol</i>	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
OPSUMIT 10 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRACLEER 32 MG TAB SOL	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
UPTRAVI (1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB, 200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	NIVEL 5	PA, LA, QL (200 PER 180 OVER TIME)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 21 OVER TIME)

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

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIHISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 25 DAYS)
<i>cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	
<i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	NIVEL 3	PA
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 2	PA
<i>hydroxyzine pamoate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	NIVEL 4	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	NIVEL 1	
<i>promethazine hcl (12.5 mg/10ml solution, 6.25 mg/5ml solution)</i>	NIVEL 2	PA
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR		
ARNUITY ELLIPTA (100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA, 50 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
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 (7 METERED DOSES) 110 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL, 50 MCG/ACT AEROSOL)	NIVEL 3	QL (13 PER 30 DAYS)
<i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
QVAR REDIHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	NIVEL 3	QL (21.2 PER 30 DAYS)
ANTILEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>montelukast sodium 10 mg tab</i>	NIVEL 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
BRONCODILATADORES, ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 4	QL (25.8 PER 30 DAYS)
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>	NIVEL 2	QL (45 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	NIVEL 3	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>tiotropium bromide 18 mcg cap</i>	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
BRONCODILATADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
<i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	NIVEL 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)</i>	NIVEL 2	QL (36 PER 30 DAYS)

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

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>albuterol sulfate ((2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln)</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	NIVEL 4	
<i>albuterol sulfate (2 mg/5ml syrup, 8 mg/20ml syrup)</i>	NIVEL 2	
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)</i>	NIVEL 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	NIVEL 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)</i>	NIVEL 4	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)

ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS

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

FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA

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

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

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
KALYDECO (13.4 MG PACKET, 150 MG TAB, 25 MG PACKET, 5.8 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET)	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	NIVEL 5	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	NIVEL 5	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (100-50-75 & 150 MG TAB THPK, 50-25-37.5 & 75 MG TAB THPK)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS		
<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	NIVEL 4	QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>theophylline er (100 mg tab er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg tab er 12h, 400 mg tab er 24h, 450 mg tab er 12h, 600 mg tab er 24h)</i>	NIVEL 3	
TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
<i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL, 45-21 MCG/ACT AEROSOL)	NIVEL 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA, 50-25 MCG/INH AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)

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

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>breyna (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	NIVEL 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	NIVEL 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 4	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	NIVEL 2	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	NIVEL 2	QL (16 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA, 55-14 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 2	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 3	
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>wixela inhba (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		

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

ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
-----------------------------------	---------	---------------------------------------

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ARALAST NP (1000 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>betaine powder</i>	NIVEL 5	
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	NIVEL 5	PA, LA
CREON (12000-38000 UNIT CP DR PART, 24000-76000 UNIT CP DR PART, 3000-9500 UNIT CP DR PART, 36000-114000 UNIT CP DR PART, 6000-19000 UNIT CP DR PART)	NIVEL 3	
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	NIVEL 3	
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>l-glutamine 5 gm packet</i>	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>levocarnitine 330 mg tab</i>	NIVEL 2	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	NIVEL 5	PA
REVCovi 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	NIVEL 5	PA
<i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>	NIVEL 5	PA
ZENPEP (10000-32000 UNIT CP DR PART, 15000-47000 UNIT CP DR PART, 20000-63000 UNIT CP DR PART, 25000-79000 UNIT CP DR PART, 3000-10000 UNIT CP DR PART, 40000-126000 UNIT CP DR PART, 5000-24000 UNIT CP DR PART, 60000-189600 UNIT CP DR PART)	NIVEL 3	

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

TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DORMIR, MEDICAMENTOS PARA		
<i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 15 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>temazepam 30 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.125 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>triazolam 0.25 mg tab</i>	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg cap</i>	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i>	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
EUGEROICOS		
<i>armodafinil (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 100 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>modafinil 200 mg tab</i>	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
SODIUM OXYBATE 500 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

Uncategorized

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Unclassified		
BRUKINSA 160 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ÓTICOS		
<i>acetic acid 2 % solution</i>	NIVEL 2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	NIVEL 4	
<i>CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION</i>	NIVEL 3	
<i>DERMOTIC 0.01 % OIL</i>	NIVEL 3	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	NIVEL 3	
<i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i>	NIVEL 2	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	NIVEL 2	

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

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

abacavir sulfate.....	58,59
abacavir sulfate-lamivudine.....	59
abacavir-lamivudine-zidovudine.....	59
ABELCET.....	26
ABILIFY MAINTENA.....	51
abiraterone acetate.....	31
abirtega.....	31
ABRYSOV.....	108
acamprosate calcium.....	7
acarbose.....	115
accutane.....	73
acebutolol hcl.....	63
acetaminophen-codeine.....	1
acetazolamide.....	66
acetazolamide er.....	113
acetic acid.....	137
acetylcysteine.....	133
acitretin.....	73
ACTHIB.....	108
ACTIMMUNE.....	103
acyclovir.....	56,73
acyclovir sodium.....	56
ADACEL.....	108
adefovir dipivoxil.....	55
ADEMPAS.....	129
ADVAIR HFA.....	133
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE.....	122
afirmelle.....	91
AIMOVIG.....	29
ak-poly-bac.....	113
AKEEGA.....	32
ala-cort.....	74
albendazole.....	47
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair).....	131
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair).....	131

albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil).....	131
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin).....	131
albuterol sulfate.....	132
albuterol sulfate hfa.....	132
alclometasone dipropionate.....	74
ALCOHOL 70% PADS.....	122
ALCOHOL PREP.....	122
ALCOHOL PREP PADS.....	123
ALCOHOL SWABS.....	123
ALCOHOL SWABSTICK.....	123
alcohol wipes.....	76
ALDURAZYME.....	135
ALECENSA.....	34
alendronate sodium.....	81
ALENDRONATE SODIUM.....	81
alfuzosin hcl er.....	85
aliskiren fumarate.....	66
allopurinol.....	28
alosetron hcl.....	82
alprazolam.....	6
altavera.....	91
ALUNBRIG.....	34
alyacen 1/35.....	91
alyacen 7/7/7.....	91
alyq.....	129
amantadine hcl.....	48
ambrisentan.....	129
amethia.....	91
amikacin sulfate.....	8
amiloride hcl.....	70
amiloride-hydrochlorothiazide.....	66
amiodarone hcl.....	62
amitriptyline hcl.....	24
amlodipine besy-benazepril hcl.....	66
amlodipine besylate.....	64
amlodipine besylate-valsartan.....	66
amlodipine-atorvastatin.....	66
amlodipine-olmesartan.....	66

amlodipine-valsartan-hctz.....	67	ASMANEX (7 METERED DOSES).....	130
ammonium lactate.....	74	ASMANEX HFA.....	130
amnesteem.....	73	aspirin-dipyridamole er.....	88
amoxapine.....	24	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES.....	123
amoxicillin.....	11	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....	123
amoxicillin-pot clavulanate.....	11	atazanavir sulfate.....	57
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE.....	12	atenolol.....	63
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER.....	12	atenolol-chlorthalidone.....	67
amphetamine-dextroamphetamine.....	121	atomoxetine hcl.....	122
AMPHOTERICIN B.....	26	atorvastatin calcium.....	69
amphotericin b liposome.....	26	atovaquone.....	47
ampicillin.....	12	atovaquone-proguanil hcl.....	47
ampicillin sodium.....	12	atropine sulfate.....	113
ampicillin-sulbactam sodium.....	12	ATROVENT HFA.....	131
anagrelide hcl.....	87	aubra.....	91
anastrozole.....	34	aubra eq.....	91
ANORO ELLIPTA.....	133	AUGTYRO.....	32,33
apraclonidine hcl.....	113	AUM ALCOHOL PREP PADS.....	123
aprepitant.....	25	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE.....	123
apri.....	91	AUM PEN NEEDLE.....	123
APTIVUS.....	57	AURANOFIN.....	104
AQ INSULIN SYRINGE.....	123	aurovela 1.5/30.....	91
AQINJECT PEN NEEDLE.....	123	aurovela 1/20.....	91
ARALAST NP.....	135	aurovela fe 1.5/30.....	91
aranelle.....	91	aurovela fe 1/20.....	91
ARANESP (ALBUMIN FREE).....	87	AUVELITY.....	21
ARCALYST.....	104	aviane.....	91
AREXVY.....	108	avidoxy.....	14
argyle sterile water.....	123	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....	34
ARIKAYCE.....	8	ayuna.....	91
ariPIPRAZOLE.....	51	AYVAKIT.....	34
armodafinil.....	136	azathioprine.....	105
ARNURITY ELLIPTA.....	130	AZATHIOPRINE SODIUM.....	105
asenapine maleate.....	51	azelastine hcl.....	111,130
ashlyna.....	91	azithromycin.....	13
ASMANEX (120 METERED DOSES).....	130	AZITHROMYCIN.....	13
ASMANEX (14 METERED DOSES).....	130	aztreonam.....	8
ASMANEX (30 METERED DOSES).....	130	azurette.....	91
ASMANEX (60 METERED DOSES).....	130		

B

bac (butalbital-acetamin-caff).....	121
bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	113
BACITRACIN.....	111
bacitracin-polymyxin b.....	113
baclofen.....	26
balsalazide disodium.....	80
BALVERSA.....	34,35
balziva.....	91
BAQSIMI ONE PACK.....	117
BAQSIMI TWO PACK.....	117
BARACLUDE.....	55
BCG VACCINE.....	108
BD INSULIN SYRINGE.....	123
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC.....	123
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC.....	123
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC.....	123
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC.....	123
benazepril hcl.....	71
benazepril-hydrochlorothiazide.....	67
BENLYSTA.....	104
BENZNIDAZOLE.....	47
benzoyl peroxide-erythromycin.....	73
benztropine mesylate.....	48
BESIVANCE.....	14
BESREMI.....	103
betaine.....	135
betamethasone dipropionate.....	74
betamethasone dipropionate aug.....	74
betamethasone valerate.....	74
BETASERON.....	120
betaxolol hcl.....	63,112
bethanechol chloride.....	85
bexarotene.....	46
BEXZERO.....	108

bicalutamide.....	31
BICILLIN L-A.....	12
BIKTARVY.....	56
bimatoprost.....	112
BIOGUARD GAUZE SPONGES.....	123
bisoprolol fumarate.....	63
bisoprolol-hydrochlorothiazide.....	67
blisovi fe 1.5/30.....	91
blisovi fe 1/20.....	91
BOOSTRIX.....	108
bosentan.....	129
BOSULIF.....	35
BRAFTOVI.....	35
BREO ELLIPTA.....	133
breyna.....	134
BREZTRI AEROSPHERE.....	134
briellyn.....	91
brimonidine tartrate.....	113
brimonidine tartrate-timolol.....	113
brinzolamide.....	113
BRIVIACT.....	15
bromocriptine mesylate.....	48
BRUKINSA.....	35,136
budesonide.....	80,130
budesonide er.....	80
budesonide-formoterol fumarate.....	134
bumetanide.....	70,71
buprenorphine.....	2
buprenorphine hcl.....	7
buprenorphine hcl-naloxone hcl.....	7
bupropion hcl.....	21
bupropion hcl er (smoking det).....	7
bupropion hcl er (sr).....	21
bupropion hcl er (xl).....	21
buspirone hcl.....	5
butalbital-apap-caffeine.....	121
butalbital-aspirin-caffeine.....	3
butorphanol tartrate.....	1

C

CABENUVA.....	60
cabergoline.....	88
CABOMETYX.....	35
calcipotriene.....	76
calcitonin (salmon).....	81
calcitrene.....	76
calcitriol.....	81
CALCITRIOL.....	81
CALQUENCE.....	35
camila.....	99
camrese.....	91
camrese lo.....	91
candesartan cilexetil.....	62
candesartan cilexetil-hctz.....	67
CAPLYTA.....	51
CAPRELSA.....	35
captopril.....	71
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE ..	67
carbamazepine.....	17
carbamazepine er.....	17
carbidopa.....	49
CARBIDOPA-LEVODOPA.....	49
carbidopa-levodopa.....	49
carbidopa-levodopa er.....	49
carbidopa-levodopa-entacapone.....	49
CARETOUCH ALCOHOL PREP.....	123
carglumic acid.....	135
carisoprodol.....	110
CARTEOLOL HCL.....	112
cartia xt.....	65
carvedilol.....	64
cataflam.....	3
CAYSTON.....	8
caziant.....	91
CEFACLOR.....	10
cefadroxil.....	10
cefazolin sodium.....	10
cefdinir.....	10

CEFEPIME HCL.....	10
cefixime.....	10
cefoxitin sodium.....	10
CEFPODOXIME PROXETIL.....	11
cefprozil.....	11
CEFTAZIDIME.....	11
ceftriaxone sodium.....	11
cefuroxime axetil.....	11
cefuroxime sodium.....	11
celecoxib.....	3
cephalexin.....	11
cetirizine hcl.....	130
cevimeline hcl.....	61
chateal.....	92
chateal eq.....	92
chlorhexidine gluconate.....	61
chloroquine phosphate.....	47
chlorpromazine hcl.....	50
chlorthalidone.....	71
cholestyramine.....	69
cholestyramine light.....	69
cyclolan.....	73
ciclopirox.....	73
ciclopirox olamine.....	73
cilostazol.....	88
CILOXAN.....	14
CIMDUO.....	59
cimetidine.....	82
cinacalcet hcl.....	81
ciprofloxacin.....	14
ciprofloxacin hcl.....	14
ciprofloxacin in d5w.....	14
ciprofloxacin-dexamethasone.....	137
citalopram hydrobromide.....	22
claravis.....	73
CLARITHROMYCIN.....	13
clarithromycin.....	13
clarithromycin er.....	13
clindamycin hcl.....	8
clindamycin palmitate hcl.....	8

clindamycin phos (once-daily).....	74	CORTIFOAM.....	80
clindamycin phos (twice-daily).....	74	CORTISONE ACETATE.....	100
clindamycin phos-benzoyl perox.....	73	CORTISPORIN-TC.....	137
clindamycin phosphate.....	8,74	COSENTYX.....	104
clindamycin phosphate in d5w.....	8	COSENTYX (300 MG DOSE).....	104
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL.....	9	COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	104
clobazam.....	18	COSENTYX SENSOREADY PEN.....	104
clobetasol prop emollient base.....	74	COSENTYX UNOREADY.....	104
clobetasol propionate.....	74	COTELLIC.....	36
clobetasol propionate e.....	74	CREON.....	135
clomipramine hcl.....	24	CRESEMBA.....	27
clonazepam.....	6	cromolyn sodium.....	83,111,132
clonidine.....	61	cryselle-28.....	92
clonidine hcl.....	62	CVS ALCOHOL PREP PADS.....	124
clopidogrel bisulfate.....	88	CVS ANTIBACTERIAL GAUZE.....	124
clorazepate dipotassium.....	6	cvs isopropyl alcohol wipes.....	76
clotrimazole.....	27	cyclafem 1/35.....	92
clotrimazole-betamethasone.....	76	cyclafem 7/7/7.....	92
clovique.....	77	cyclobenzaprine hcl.....	111
clozapine.....	50,51	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	30
COARTEM.....	47	cyclosporine.....	106
COBENFY.....	49	cyclosporine modified.....	106
COBENFY STARTER PACK.....	49	cyproheptadine hcl.....	130
CODEINE SULFATE.....	1	cyred.....	92
codeine sulfate.....	1	cyred eq.....	92
colchicine.....	28		
colchicine-probenecid.....	28	D	
colesevelam hcl.....	69	dabigatran etexilate mesylate.....	85
colestipol hcl.....	70	dalfampridine er.....	120
colistimethate sodium (cba).....	9	danazol.....	90
COMBIVENT RESPIMAT.....	134	dantrolene sodium.....	26
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	35	DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL.....	72
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	35	dapsone.....	30
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	35	DAPTACEL.....	108
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	124	daptomycin.....	9
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	124	darunavir.....	57
compro.....	25	dasatinib.....	36
constulose.....	82	dasetta 1/35.....	92
COPIKTRA.....	36	dasetta 7/7/7.....	92
CORLANOR.....	67	DAURISMO.....	36

daysee.....	.92	dicyclomine hcl.....	.82
deblitane.....	.99	DIFICID.....	.13
decadron.....	.100	diflunisal.....	.4
deferasirox.....	.77	dilfluprednate.....	.112
DELSTRIGO.....	.58	digitek.....	.62
delyla.....	.92	digox.....	.62
DENGVAXIA.....	.108	digoxin.....	.62
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	.99	dihydroergotamine mesylate.....	.29
depo-testosterone.....	.90	DILANTIN.....	.17
DERMOTIC.....	.137	dilt-xr.....	.65
DESCOVY.....	.59	diltiazem hcl.....	.65
desipramine hcl.....	.24	diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule65
desmopressin ace spray refrigerated.....	.89	diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule65
desmopressin acetate.....	.90	diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule65
desmopressin acetate pf.....	.90	diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule65
desmopressin acetate spray.....	.90	diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule65
desogestrel-ethynodiol dihydrogenated.....	.92	diltiazem hcl er.....	.65
desonide.....	.75	diltiazem hcl er beads.....	.65
desoximetasone.....	.75	dimethyl fumarate.....	.120
desvenlafaxine succinate er.....	.22	dimethyl fumarate starter pack.....	.120
dexamethasone.....	.100	diphenoxylate-atropine.....	.82
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID.....	.100	DIPHENOXYLATE-ATROPOINE.....	.82
dexamethasone sodium phosphate pf.....	.100	DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	.108
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	.100,.112	dipyridamole.....	.88
dexmethylphenidate hcl.....	.122	disulfiram.....	.7
dextroamphetamine sulfate.....	.121	divalproex sodium.....	.15
dextrose.....	.78	divalproex sodium er.....	.15
dextrose in lactated ringers.....	.78	dofetilide.....	.62
DEXTROSE-NACL.....	.78	donepezil hcl.....	.20
dextrose-sodium chloride.....	.78	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg.....	.21
DIACOMIT.....	.15	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg.....	.21
diazepam.....	.6,.19	dorzolamide hcl.....	.113
DIAZEPAM.....	.19	dorzolamide hcl-timolol malate.....	.113
diazepam intensol.....	.6		
diazoxide.....	.117		
diclofenac potassium.....	.3		
diclofenac sodium.....	.3,.4,.112		
diclofenac sodium er.....	.4		
dicloxacillin sodium.....	.12		

dorzolamide hcl-timolol mal pf.....	114	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	85
dotti.....	92	eltrombopag olamine.....	87
DOVATO.....	56	eluryng.....	92
doxazosin mesylate.....	63	EMBECTA AUTOSHIELD DUO.....	125
doxepin hcl.....	24	EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT.....	125
doxercalciferol.....	81	EMBECTA INSULIN SYRINGE.....	125
doxy 100.....	14	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100.....	125
doxycycline hyclate.....	15	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500.....	125
doxycycline monohydrate.....	15	EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F.....	125
DRIZALMA SPRINKLE.....	120	EMBECTA PEN NEEDLE NANO.....	125
dronabinol.....	25	EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN ..	125
DROPLET INSULIN SYRINGE.....	124	EMBECTA PEN NEEDLE U/F.....	125
DROPLET MICRON.....	124	EMBRACE PEN NEEDLES.....	125
DROPLET PEN NEEDLES.....	124	EMGALITY.....	29
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE ..	124	EMGALITY (300 MG DOSE).....	29
drospirenone-ethinyl estradiol.....	92	emoquette.....	92
DROXIA.....	135	EMSAM.....	22
droxidopa.....	62	emtricitab-rilpivir-tenofov df.....	58
duloxetine hcl.....	120	emtricitabine.....	59
DUPIXENT.....	104	emtricitabine-tenofovir df.....	59
dutasteride.....	85	EMTRIVA.....	59
dutasteride-tamsulosin hcl.....	85	emzahh.....	99
E		enalapril maleate.....	71
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	124	enalapril-hydrochlorothiazide.....	67
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	125	ENBREL.....	106
EASY TOUCH INSULIN BARRELS.....	125	ENBREL MINI.....	106
ec-naproxen.....	4	ENBREL SURECLICK.....	106
econazole nitrate.....	27	endocet.....	1
EDURANT.....	58	INGERIX-B.....	108
EDURANT PED.....	58	enilloring.....	92
EFAVIRENZ.....	58	enoxaparin sodium.....	86
efavirenz.....	58	enpresse-28.....	92
efavirenz-emtricitab-tenofo df.....	58	enskyce.....	92
efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	58	entacapone.....	49
ELAPRASE.....	135	entecavir.....	55
elinest.....	92	ENTRESTO.....	67
ELIQUIS.....	85	enulose.....	82
ELIQUIS (1.5 MG PACK).....	85	ENVARSUS XR.....	106
ELIQUIS (2 MG PACK).....	85	EPIDIOLEX.....	16
		epinephrine.....	132

EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENAClick)	132	ezetimibe	70
epitol	17	ezetimibe-simvastatin	70
EPIVIR HBV	55	F	
eplerenone	70	falmina	93
ERGOLOID MESYLATES	20	famciclovir	56
ERGOTAMINE-CAFFEINE	29	famotidine	82
ERIVEDGE	36	FANAPT	52
ERLEADA	31	FANAPT TITRATION PACK A	52
erlotinib hcl	36	FANAPT TITRATION PACK B	52
errin	99	FANAPT TITRATION PACK C	52
ertapenem sodium	13	FARXIGA	72
ERY	74	febuxostat	28
erythrocin lactobionate	13	feirza 1.5/30	93
erythromycin	74,111	feirza 1/20	93
erythromycin base	13	felbamate	16
erythromycin ethylsuccinate	13	felodipine er	64
erythromycin lactobionate	13	femynor	93
ERZOFRI	51	fenofibrate	69
escitalopram oxalate	22	fenofibrate micronized	69
eslicarbazepine acetate	17	fenofibric acid	69
esomeprazole magnesium	83	fentanyl	3
estarylla	92	FETZIMA	23
estradiol	93	FETZIMA TITRATION	23
estradiol valerate	93	FIASP	117
ESTRING	93	FIASP FLEXTOUCH	117
eszopiclone	136	FIASP PENFILL	117
ethambutol hcl	30	FIASP PUMPCART	117
ethosuximide	20	fidaxomicin	14
ethynodiol diac-eth estradiol	93	finasteride	85
etodolac	4	fingolimod hcl	120
etodolac er	4	FINTEPLA	16
etonogestrel-ethynodiol estradiol	93	flecainide acetate	63
etravirine	58	fluconazole	27
EUCRISA	75	fluconazole in sodium chloride	27
EULEXIN	31	flucytosine	27
euthyrox	101	fludrocortisone acetate	100
everolimus	36,106	flunisolide	134
EVOTAZ	57	fluocinolone acetonide	75
exemestane	34	fluocinolone acetonide body	75

fluocinolone acetonide scalp.....	75	gauze pads 2.....	126
fluocinonide.....	75	GAVILYTE-C.....	83
fluocinonide emulsified base.....	75	gavilyte-g.....	83
fluorometholone.....	112	gavilyte-n with flavor pack.....	82
fluorouracil.....	76	GAVRETO.....	36
fluoxetine hcl.....	23	gefitinib.....	37
FLUOXETINE HCL.....	23	gemfibrozil.....	69
fluphenazine decanoate.....	50	GEMTESA.....	84
FLUPHENAZINE HCL.....	50	generlac.....	82
FLURBIPROFEN.....	4	gengraf.....	106
FLURBIPROFEN SODIUM.....	112	GENTAK.....	111
FLUTAMIDE.....	31	gentamicin sulfate.....	8,111
fluticasone propionate.....	75,134	GENVOYA.....	56
fluticasone-salmeterol.....	134	GIOTRIF.....	37
FLUTICASONE-SALMETEROL.....	134	glatiramer acetate.....	120
fluvastatin sodium.....	69	glatopa.....	120
fluvastatin sodium er.....	69	GLEOSTINE.....	30
fluvoxamine maleate.....	23	glimepiride.....	115
FML.....	112	glipizide.....	115
FML FORTE.....	112	glipizide er.....	115
fondaparinux sodium.....	86	glipizide xl.....	115
fosamprenavir calcium.....	57	glipizide-metformin hcl.....	115
fosfomycin tromethamine.....	9	GLUCAGEN HYPOKIT.....	117
fosinopril sodium.....	71	glucagon emergency.....	117
fosinopril sodium-hctz.....	67	GLUCAGON EMERGENCY.....	117
FOTIVDA.....	36	glyburide.....	115
FRUZAQLA.....	33	GLYBURIDE MICRONIZED.....	115
FULPHILA.....	87	glyburide-metformin.....	115
fulvestrant.....	32	glycopyrrolate.....	82
furosemide.....	71	GLYXAMBI.....	115
fyavolv.....	93	GNP PEN NEEDLES.....	126
FYCOMPA.....	16	GOMEKLI.....	37
		GOODSENSE ALCOHOL SWABS.....	126
G		granisetron hcl.....	25
gabapentin.....	19	griseofulvin microsize.....	27
galantamine hydrobromide.....	21	griseofulvin ultramicrosize.....	27
galantamine hydrobromide er.....	21	guanfacine hcl.....	62
gallifrey.....	99	guanfacine hcl er.....	122
GAMUNEX-C.....	103		
GARDASIL 9.....	108		

H

HADLIMA.....	106
HADLIMA PUSHTOUCH.....	106
HAEGARDA.....	103
hailey 1.5/30.....	93
hailey fe 1.5/30.....	93
hailey fe 1/20.....	93
halobetasol propionate.....	75
haloette.....	93
haloperidol.....	50
haloperidol decanoate.....	50
haloperidol lactate.....	50
HAVRIX.....	108
heather.....	99
heparin sodium (porcine).....	86
heparin sodium (porcine) pf.....	86
HEPLISAV-B.....	108
HERNEXEOS.....	37
HIBERIX.....	108
HIZENTRA.....	103
HUMALOG.....	117
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	117
HUMALOG KWIKPEN.....	118
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	118
HUMALOG MIX 75/25.....	118
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	118
HUMULIN 70/30.....	118
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	118
HUMULIN N.....	118
HUMULIN N KWIKPEN.....	118
HUMULIN R.....	118
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) ..	118
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	118
hydralazine hcl.....	72
hydrochlorothiazide.....	71
hydrocodone-acetaminophen.....	1
hydrocortisone.....	75,80
hydrocortisone (perianal).....	75
hydrocortisone butyrate.....	75

hydrocortisone-acetic acid.....	137
hydromorphone hcl.....	1
hydroxychloroquine sulfate.....	47
hydroxyurea.....	33
hydroxyzine hcl.....	130
hydroxyzine pamoate.....	130
I	
ibandronate sodium.....	81
IBRANCE.....	37
IBTROZI.....	37
ibu.....	4
ibuprofen.....	4
icatibant acetate.....	103
iclevia.....	93
ICLUSIG.....	37
icosapent ethyl.....	70
IDHIFA.....	37
ILEVRO.....	112
imatinib mesylate.....	37
IMBRUVICA.....	37,38
imipenem-cilastatin.....	13
imipramine hcl.....	24
imiquimod.....	76
IMKELDI.....	38
IMOVAZ RABIES.....	108
IMPAVIDO.....	47
incassia.....	99
INCRELEX.....	90
INCRUSE ELLIPTA.....	131
indapamide.....	71
indomethacin.....	4
INFANRIX.....	109
INLYTA.....	38
INQOVI.....	33
INREBIC.....	38
INSULIN ASPART.....	118
INSULIN ASPART FLEXPEN.....	118
INSULIN ASPART PENFILL.....	118
INSULIN LISPRO.....	118

INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	118
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.....	118
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	119
INSULIN PEN NEEDLES.....	126
INSULIN PEN NEEDLES	126
INSULIN SYRINGE 0.3 ML.....	126
INSULIN SYRINGE 0.5 ML.....	126
INSULIN SYRINGE 1ML.....	126
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	126
INSUPEN PEN NEEDLES.....	126
INSUPEN32G EXTR3ME.....	126
INTELENCE.....	58
INTRALIPID.....	126
introvale.....	93
INVEGA HAFYERA.....	52
INVEGA SUSTENNA.....	52
INVEGA TRINZA.....	52,53
IPOL.....	109
ipratropium bromide.....	131
ipratropium-albuterol.....	134
irbesartan.....	62
irbesartan-hydrochlorothiazide.....	67
ISENTRESS.....	56
ISENTRESS HD.....	56
isibloom.....	94
isoniazid.....	30
isopropyl alcohol.....	76
isopropyl alcohol wipes.....	76
isosorbide dinitrate.....	72
isosorbide mononitrate.....	72
isosorbide mononitrate er.....	72
isotretinoin.....	73
isradipine.....	64
ITOVEBI.....	38
itraconazole.....	27
ivabradine hcl.....	67
ivermectin.....	47
IWILFIN.....	33
IXIARO.....	109

J

jaimiess.....	94
JAKAFI.....	38
jantoven.....	86
JANUMET.....	115
JANUMET XR.....	115
JANUVIA.....	115
JARDIANCE.....	72
jasmiel.....	94
JAYPIRCA.....	38
jencycla.....	99
JENTADUETO.....	115
JENTADUETO XR.....	115,116
jintel.....	94
jolessa.....	94
joyeaux.....	94
JUBBONTI.....	81
juleber.....	94
JULUCA.....	56
junel 1.5/30.....	94
junel 1/20.....	94
junel fe 1.5/30.....	94
junel fe 1/20.....	94
JYNARQUE.....	77,78
JYNNEOS.....	109

K

KALETRA.....	57
kalliga.....	94
KALYDECO.....	133
kariva.....	94
kcl in dextrose-nacl.....	78
KCL-LACTATED RINGERS-D5W.....	78
kelnor 1/35.....	94
kelnor 1/50.....	94
KERENDIA.....	116
ketoconazole.....	27
ketorolac tromethamine.....	112
KINRIX.....	109

kionex.....	78	leena.....	94
KISQALI (200 MG DOSE).....	38	leflunomide.....	106
KISQALI (400 MG DOSE).....	38	lenalidomide.....	32
KISQALI (600 MG DOSE).....	38	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	39
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	39	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	39
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	39	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	39
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	39	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	39
klayesta.....	27	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	40
klor-con.....	79	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	40
klor-con 10.....	79	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	40
klor-con m10.....	79	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	40
klor-con m15.....	79	lessina.....	94
klor-con m20.....	79	letrozole.....	34
KLOXXADO.....	7	leucovorin calcium.....	33
KOSELUGO.....	39	LEUKERAN.....	30
kourzeq.....	61	leuprolide acetate.....	88
KRAZATI.....	39	levalbuterol hcl.....	132
kurvelo.....	94	LEVALBUTEROL TARTRATE.....	132
L		levetiracetam.....	16
I-glutamine.....	135	levetiracetam er.....	16
labetalol hcl.....	64	levo-t.....	102
lacosamide.....	17	LEVOBUNOLOL HCL.....	113
lactated ringers.....	79,126	levocarnitine.....	135
lactulose.....	82	levocetirizine dihydrochloride.....	130
lactulose encephalopathy.....	83	levofloxacin.....	14
lamivudine.....	55,59	LEVOFLOXACIN.....	111
lamivudine-zidovudine.....	59	levofloxacin in d5w.....	14
lamotrigine.....	16	levonest.....	94
lansoprazole.....	83	levonorg-eth estrad triphasic.....	94
LANTUS.....	119	levonorgest-eth estrad 91-day.....	94,95
LANTUS SOLOSTAR.....	119	levonorgest-eth estradiol-iron.....	95
lapatinib ditosylate.....	39	levonorgestrel-ethynodiol estrad.....	95
larin 1.5/30.....	94	levora 0.15/30 (28).....	95
larin 1/20.....	94	levothyroxine sodium.....	102
larin fe 1.5/30.....	94	levoxyl.....	102
larin fe 1/20.....	94	LEXIVA.....	57
larissa.....	94	lidocaine.....	5
latanoprost.....	112	lidocaine hcl.....	5
LAZCLUZE.....	39	lidocaine viscous hcl.....	5
		lidocaine-prilocaine.....	5

lidocan.....	5	LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	89
LILETTA (52 MG).....	99	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	89
lillow.....	95	lurasidone hcl.....	53
lincomycin hcl.....	9	lutera.....	95
linezolid.....	9	lyleq.....	99
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	9	lyllana.....	95
LINZESS.....	83	LYNPARZA.....	40
liothyronine sodium.....	102	LYSODREN.....	33
lisinopril.....	71	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	40
lisinopril-hydrochlorothiazide.....	67	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	40
lithium.....	61	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	40
lithium carbonate.....	61	lyza.....	99
lithium carbonate er.....	61		
LIVTENCITY.....	54		
lo-zumandimine.....	95	M	
loestrin 1.5/30 (21).....	95	M-M-R II.....	109
loestrin 1/20 (21).....	95	magnesium sulfate.....	79
loestrin fe 1.5/30.....	95	malathion.....	77
loestrin fe 1/20.....	95	maraviroc.....	60
lojaimiess.....	95	marlissa.....	95
LOKELMA.....	78	MARPLAN.....	22
LONSURF.....	33	MATULANE.....	30
loperamide hcl.....	82	matzim la.....	65
lopinavir-ritonavir.....	57	MAVYRET.....	55,56
lorazepam.....	6	meclizine hcl.....	25
lorazepam intensol.....	6	medpura alcohol pads.....	76
LORBRENA.....	40	medroxyprogesterone acetate.....	99
loryna.....	95	mefloquine hcl.....	47
losartan potassium.....	62	megestrol acetate.....	99
losartan potassium-hctz.....	67	MEKINIST.....	40,41
lovastatin.....	69	MEKTOVI.....	41
low-ogestrel.....	95	meleya.....	99
loxapine succinate.....	50	meloxicam.....	4
lubiprostone.....	83	memantine hcl.....	20
luizza 1.5/30.....	95	memantine hcl er.....	20
luizza 1/20.....	95	MENACTRA.....	109
LUMAKRAS.....	40	MENEST.....	95
LUMIGAN.....	112	MENQUADFI.....	109
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	88	MENVEO.....	109
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	89	mercaptopurine.....	32
		meropenem.....	13

MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	13	microgestin fe 1/20.....	96
mesalamine.....	80	midodrine hcl.....	62
mesalamine er.....	80	mifepristone.....	89
mesna.....	34	mili.....	96
metformin hcl.....	116	minitran.....	72
metformin hcl er.....	116	minocycline hcl.....	15
methadone hcl.....	3	minoxidil.....	72
methazolamide.....	113	minzoya.....	96
methenamine hippurate.....	9	mirtazapine.....	22
methergine.....	126	misoprostol.....	84
methimazole.....	102	modafinil.....	136
methocarbamol.....	111	MODEYSO.....	33
METHOTREXATE SODIUM.....	106	moexipril hcl.....	71
methotrexate sodium.....	107	MOLINDONE HCL.....	50
methotrexate sodium (pf).....	106,107	mometasone furoate.....	75
METHOXSALEN RAPID.....	76	mondoxyne nl.....	15
methscopolamine bromide.....	82	mono-linyah.....	96
methsuximide.....	20	montelukast sodium.....	131
METHYLDOPA.....	62	morgidox.....	15
METHYLDOPA-		morphine sulfate.....	2
HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	67	morphine sulfate (concentrate).....	2
methylergonovine maleate.....	126	morphine sulfate er.....	3
methylphenidate hcl.....	122	MOUNJARO.....	116
methylphenidate hcl er.....	122	MOVANTIK.....	83
methylprednisolone.....	101	moxifloxacin hcl.....	14,111
methylprednisolone acetate.....	101	MOXIFLOXACIN HCL.....	14
methylprednisolone sodium succ.....	101	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	111
metoclopramide hcl.....	25	MOXIFLOXACIN HCL IN NACL.....	14
metolazone.....	71	MRESVIA.....	109
metoprolol succinate er.....	64	MULTAQ.....	63
metoprolol tartrate.....	64	mupirocin.....	74
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	68	mycophenolate mofetil.....	107
metronidazole.....	9	mycophenolate mofetil hcl.....	107
metyrosine.....	68	mycophenolate sodium.....	107
mexiletine hcl.....	63	mycophenolic acid.....	107
micafungin sodium.....	27	myorisan.....	73
MICONAZOLE 3.....	27	MYRBETRIQ.....	84
microgestin 1.5/30.....	95		
microgestin 1/20.....	95		
microgestin fe 1.5/30.....	96	na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	83

N

nabumetone.....	4	nilotinib hcl.....	41
nadolol.....	64	nilutamide.....	31
nafcillin sodium.....	12	nimodipine.....	65
nafrinse.....	79	NINLARO.....	41
NAGLAZYME.....	135	nitazoxanide.....	47
naloxone hcl.....	7	nitisinone.....	135
naltrexone hcl.....	7	NITRO-BID.....	72
naproxen.....	4	nitrofurantoin macrocrystal.....	9
naproxen dr.....	4	nitrofurantoin monohyd macro.....	9
naproxen sodium.....	4	nitroglycerin.....	72
naratriptan hcl.....	28	NIVESTYM.....	87
NATACYN.....	111	NIZATIDINE.....	82
nateglinide.....	116	nora-be.....	100
NAYZILAM.....	5	norelgestromin-eth estradiol.....	96
nebivolol hcl.....	64	norethin ace-eth estrad-fe.....	96
necon 0.5/35 (28).....	96	norethin-eth estradiol-fe.....	96
NEFAZODONE HCL.....	23	norethindrone.....	100
neo-polycin.....	114	norethindrone acet-ethinyl est.....	96
neo-polycin hc.....	114	norethindrone acetate.....	100
neomycin sulfate.....	8	norethindrone-eth estradiol.....	96
neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	114	norgestim-eth estrad triphasic.....	96
neomycin-polymyxin-dexameth.....	114	norgestimate-eth estradiol.....	96
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN ..	114	norlyda.....	100
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....	114	norlyroc.....	100
neomycin-polymyxin-hc.....	137	nortrel 0.5/35 (28).....	96
NERLYNX.....	41	nortrel 1/35 (21).....	96
nevirapine.....	58	nortrel 1/35 (28).....	96
NEVIRAPINE.....	58	nortrel 7/7/7.....	96
NEVIRAPINE ER.....	58	nortriptyline hcl.....	24
nevirapine er.....	58	NORVIR.....	57
NEXPLANON.....	99	NovoFine 32G X 6 MM MISC.....	126
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC).....	70	NOVOLIN R FLEXPEN.....	119
niacin er (antihyperlipidemic).....	70	NOVOLIN R FLEXPEN RELION.....	119
NIACOR.....	70	NOVOLOG.....	119
nicardipine hcl.....	64	NOVOLOG FLEXPEN.....	119
NICOTROL.....	7	NOVOLOG FLEXPEN RELION.....	119
NICOTROL NS.....	7	NOVOLOG PENFILL.....	119
nifedipine er.....	64	NOVOLOG RELION.....	119
nifedipine er osmotic release.....	65	NovoTwist 32G X 5 MM MISC.....	126
nikki.....	96	NUBEQA.....	31

NUPLAZID	53
NURTEC	29
NUTRILIPID	126
nyamyc	27
nylia 1/35	96
nylia 7/7/7	96
nymyo	97
nystatin	27
nystatin-triamcinolone	76
nystop	27
 O	
ocella	97
octreotide acetate	89
OCTREOTIDE ACETATE	89
ODEFSEY	58
ODOMZO	41
OFEV	132
ofloxacin	111,137
OGSIVEO	41
OJEMDA	41
OJJAARA	33
olanzapine	53
olmesartan medoxomil	62
olmesartan medoxomil-hctz	68
olmesartan-amlodipine-hctz	68
omega-3-acid ethyl esters	70
omeprazole	83,84
OMNITROPE	83,90
ondansetron	25
ONDANSETRON HCL	25
ondansetron hcl	26
ONUREG	32
OPIPZA	53
OPSUMIT	129
OPVEE	127
oralone	61
ORGOVYX	89
orquidea	100
ORSERDU	31
 o	
orsythia	97
oseltamivir phosphate	55
OSPHENA	99
OTEZLA	77,104
oxaprozin	4
oxcarbazepine	17,18
oxybutynin chloride	84
oxybutynin chloride er	84
oxycodone hcl	2
oxycodone-acetaminophen	2
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	116
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	116
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	116
 P	
pacerone	63
paliperidone er	53
PANRETIN	46
pantoprazole sodium	84
paricalcitol	81
paroxetine hcl	23
PAROXETINE HCL	23
paroxetine hcl er	23
PAXLOVID	60
PAXLOVID (150/100)	60
PAXLOVID (300/100)	60
pazopanib hcl	41
PEDIARIX	109
PEDVAX HIB	109
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	83
peg-3350/electrolytes	83
PEGASYS	103
PEMAZYRE	41
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP	127
PEN NEEDLES	127
PENBRAYA	127
penicillamine	85
penicillin g potassium	12
PENICILLIN G SODIUM	12
penicillin v potassium	12

PENMENVY	109	POMALYST	32
PENTACEL	109	portia-28	97
pentamidine isethionate	47	posaconazole	27
pentoxifylline er	68	potassium chloride	79
perampanel	16	potassium chloride crys er	79
perindopril erbumine	71	potassium chloride er	79
periogard	61	potassium chloride in dextrose	79
permethrin	77	potassium chloride in nacl	79
perphenazine	25	potassium citrate er	79
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	22	POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%	79
PERSERIS	53	pramipexole dihydrochloride	48
pfizerpen	12	prasugrel hcl	88
phenelzine sulfate	22	pravastatin sodium	69
phenobarbital	19	praziquantel	47
phenytek	18	prazosin hcl	63
phenytoin	18	prednisolone	101
phenytoin infatabs	18	prednisolone acetate	112
phenytoin sodium extended	18	prednisolone sodium phosphate	101
philith	97	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	112
PIFELTRO	58	prednisone	101
pilocarpine hcl	61,113	PREDNISONE	101
PIMOZIDE	50	PREDNISONE INTENSOL	101
pimtrea	97	pregabalin	120,121
pindolol	64	PREMARIN	97
pioglitazone hcl	116	PREMASOL	79
pioglitazone hcl-glimepiride	116	premium lidocaine	5
pioglitazone hcl-metformin hcl	116	prenatal vitamins	79
piperacillin sod-tazobactam so	12	prevalite	70
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	42	previfem	97
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	42	PREVYMIS	55
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	42	PREZCOBIX	57
pirfenidone	132	PREZISTA	57
PIRFENIDONE	132	PRIFTIN	30
pirmella 1/35	97	primaquine phosphate	47
pirmella 7/7/7	97	primidone	19
piroxicam	5	PRIORIX	109
PNV 27-CA/FE/FA	79	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE	127
podofilox	77	probenecid	28
polycin	114	prochlorperazine	25
polymyxin b-trimethoprim	111	prochlorperazine maleate	25

procto-med hc.....	75	raloxifene hcl.....	99
procto-pak.....	75	ramelteon.....	136
proctosol hc.....	75	ramipril.....	71
proctozone-hc.....	76	ranolazine er.....	68
progesterone.....	100	rasagiline mesylate.....	49
PROGRAF.....	107	reclipsen.....	97
promethazine hcl.....	25,130	RECOMBIVAX HB.....	109
propafenone hcl.....	63	relafen.....	5
propranolol hcl.....	64	RELENZA DISKHALER.....	55
PROPRANOLOL HCL.....	64	repaglinide.....	116
propranolol hcl er.....	64	REPATHA.....	70
PROPRANOLOL-HCTZ.....	68	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	70
propylthiouracil.....	103	REPATHA SURECLICK.....	70
PROQUAD.....	109	RESTASIS.....	114
protriptyline hcl.....	24	RETACRIT.....	88
PULMOZYME.....	133	RETEVMO.....	42
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE ..	127	REVCORI.....	135
pyrazinamide.....	30	REVUFORJ.....	42
pyridostigmine bromide.....	29	REXULTI.....	53,54
pyridostigmine bromide er.....	29	REYATAZ.....	57
pyrimethamine.....	48	REZDIFRA.....	102

Q

qc alcohol.....	77
QINLOCK.....	33
QUADRACEL.....	109
quetiapine fumarate.....	53
quetiapine fumarate er.....	53
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE ..	127
quinapril hcl.....	71
quinapril-hydrochlorothiazide.....	68
quinidine sulfate.....	63
quinine sulfate.....	48
QVAR REDIHALER.....	131

R

ra isopropyl alcohol wipes.....	77
RABAVERT.....	109
rabeprazole sodium.....	84
RALDESY.....	23

raloxifene hcl.....	99
ramelteon.....	136
ramipril.....	71
ranolazine er.....	68
rasagiline mesylate.....	49
reclipsen.....	97
RECOMBIVAX HB.....	109
relafen.....	5
RELENZA DISKHALER.....	55
repaglinide.....	116
REPATHA.....	70
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	70
REPATHA SURECLICK.....	70
RESTASIS.....	114
RETACRIT.....	88
RETEVMO.....	42
REVCORI.....	135
REVUFORJ.....	42
REXULTI.....	53,54
REYATAZ.....	57
REZDIFRA.....	102
REZLIDHIA.....	42
RHOPRESSA.....	113
RIBAVIRIN.....	56
ribavirin.....	56
RIDAURA.....	104
rifabutin.....	30
rifampin.....	30
riluzole.....	121
RIMANTADINE HCL.....	55
ringers.....	79
ringers irrigation.....	127
RINVOQ.....	104
RINVOQ LQ.....	104
risedronate sodium.....	81
risperidone.....	54
risperidone microspheres er.....	54
ritonavir.....	57
rivaroxaban.....	86
rivastigmine.....	21

rivastigmine tartrate.....	21	silodosin.....	85
rizatriptan benzoate.....	28	silver sulfadiazine.....	77
ROCKLATAN.....	114	SIMBRINZA.....	113
roflumilast.....	133	SIMLANDI (1 PEN).....	107
ROMVIMZA.....	42	SIMLANDI (1 SYRINGE).....	107
ropinirole hcl.....	48	SIMLANDI (2 PEN).....	107
ropinirole hcl er.....	48	SIMLANDI (2 SYRINGE).....	107
rosadan.....	9	simliya.....	97
rosuvastatin calcium.....	69	simpesse.....	97
ROTARIX.....	109	simvastatin.....	69
ROTATEQ.....	109	sirolimus.....	107
roweepra.....	16	SIRTURO.....	30
ROZLYTREK.....	42	SKYRIZI.....	104,105
RUBRACA.....	42	SKYRIZI (150 MG DOSE).....	104
rufinamide.....	18	SKYRIZI PEN.....	105
RUKOBIA.....	60	SMOFLIPID.....	127
RYBELSUS.....	116	sodium chloride.....	80
RYDAPT.....	43	sodium chloride (pf).....	80
S		sodium fluoride.....	80
sacubitril-valsartan.....	68	SODIUM OXYBATE.....	136
sajazir.....	103	sodium phenylbutyrate.....	135
SANDIMMUNE.....	107	sodium polystyrene sulfonate.....	78
SANTYL.....	77	solifenacin succinate.....	84
sapropterin dihydrochloride.....	135	SOLTAMOX.....	32
SCEMBLIX.....	43	SOMAVERT.....	89
scopolamine.....	25	sorafenib tosylate.....	43
SECUADO.....	54	sorine.....	63
SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	127	sotalol hcl.....	63
selegiline hcl.....	49	sotalol hcl (af).....	63
selenium sulfide.....	76	SPIRIVA RESPIMAT.....	131
SELZENTRY.....	60	spironolactone.....	70
SEREVENT DISKUS.....	132	spironolactone-hctz.....	68
sertraline hcl.....	23	sprintec 28.....	97
setlakin.....	97	SPRITAM.....	16
sharobel.....	100	SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF).....	78
SHINGRIX.....	109	sronyx.....	97
SIGNIFOR.....	89	ssd.....	77
sildenafil citrate.....	129	STAVUDINE.....	59
SILIGENTLE FOAM DRESSING.....	127	sterile water for irrigation.....	127
		STIOLTO RESPIMAT.....	134

STIVARGA	43	tarina fe 1/20 eq	97
STREPTOMYCIN SULFATE	8	tasimelteon	136
STRIBILD	56	tazarotene	73
subvenite	16	TAZICEF	11
sucralfate	84	taztia xt	66
SULFACETAMIDE SODIUM	111	TAZVERIK	44
sulfacetamide sodium	111	TDVAX	110
sulfacetamide sodium (acne)	73	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	127
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	114	TEFLARO	11
sulfadiazine	14	telmisartan	62
sulfamethoxazole-trimethoprim	14	telmisartan-amlodipine	68
sulfasalazine	80	telmisartan-hctz	68
sulindac	5	temazepam	136
sumatriptan	29	TEMIXYS	59
sumatriptan succinate	29	TENIVAC	110
sumatriptan succinate refill	29	tenofovir disoproxil fumarate	59
sunitinib malate	43	TEPMETKO	44
SUNLENCA	60	terazosin hcl	63
SURE COMFORT PEN NEEDLES	127	terbinafine hcl	27
syeda	97	terconazole	28
SYMPAZAN	19	teriflunomide	120
SYMTUZA	57	teriparatide	81
SYNAREL	89	testosterone	90
SYNJARDY	116	testosterone cypionate	90
SYNJARDY XR	116,117	TESTOSTERONE ENANTHATE	90
SYNRIBO	43	tetrabenazine	121
SYNTHROID	102	tetracycline hcl	15
T		THALOMID	32
TABLOID	32	theophylline er	133
TABRECTA	43	thioridazine hcl	50
tacrolimus	76,107	thiothixene	50
tadalafil	85	tiadylt er	66
tadalafil (pah)	129	tiagabine hcl	19
TAFINLAR	43	TIBSOVO	44
TAGRISSO	43	ticagrelor	88
TALZENNA	43	TICOVAC	110
tamoxifen citrate	32	tigecycline	9
tamsulosin hcl	85	timolol maleate	64,113
tarina fe 1/20	97	tinidazole	9
		tiotropium bromide	131

tis-u-sol.....	127	triamcinolone acetonide.....	61,76
TIVICAY.....	56,57	triамterene-hctz.....	68
TIVICAY PD.....	57	triazolam.....	136
tizanidine hcl.....	26	triderm.....	76
tobramycin.....	112,133	trientine hcl.....	78
tobramycin sulfate.....	8	TRIENTINE HCL.....	78
tobramycin-dexamethasone.....	114	trifluoperazine hcl.....	50
TOLAK.....	77	TRIFLURIDINE.....	112
tolterodine tartrate.....	84	trihexyphenidyl hcl.....	48
tolterodine tartrate er.....	84	TRIKAFTA.....	133
topiramate.....	16,17	trimethoprim.....	9
toremifene citrate.....	32	trimipramine maleate.....	24
torsemide.....	71	TRINTELLIX.....	23
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	119	TRIUMEQ.....	59
TOUJEO SOLOSTAR.....	119	TRIUMEQ PD.....	59
TPN ELECTROLYTES.....	80	trivora (28).....	98
TRACLEER.....	129	TRIZIVIR.....	59
TRADJENTA.....	117	trospium chloride.....	84
tramadol hcl.....	2	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	128
tramadol hcl er.....	3	TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	128
tramadol-acetaminophen.....	2	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	128
trandolapril.....	72	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	128
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	68	TRULICITY.....	117
tranexamic acid.....	88	TRUMENBA.....	110
tranylcypromine sulfate.....	22	TRUQAP.....	44
travoprost (bak free).....	112	TUKYSA.....	44
trazodone hcl.....	23	tulana.....	100
TRECATOR.....	30	TURALIO.....	44
TRELEGY ELLIPTA.....	134	turqoz.....	98
TRESIBA.....	119	TWINRIX.....	110
TRESIBA FLEXTOUCH.....	119	TYBOST.....	60
tretinoin.....	46,73	TYENNE.....	105
tri-femynor.....	97	TYMLOS.....	81
tri-estarrylla.....	97	TYPHIM VI.....	110
tri-linyah.....	97		
tri-mili.....	98		
tri-nymyo.....	98	U	
tri-previfem.....	98	UDENYCA.....	88
tri-sprintec.....	98	ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE.....	128
tri-vylibra.....	98	UNIFINE OTC PEN NEEDLES.....	128

UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....	128
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.	128
unithroid.....	102
UPTRAVI.....	129
ursodiol.....	83
USTEKINUMAB-AEKN.....	105
 V	
valacyclovir hcl.....	56
VALCHLOR.....	77
valganciclovir hcl.....	55
valproate sodium.....	17
valproic acid.....	17
valsartan.....	62
valsartan-hydrochlorothiazide.....	68
VALTOCO 10 MG DOSE.....	19
VALTOCO 15 MG DOSE.....	19
VALTOCO 20 MG DOSE.....	19
VALTOCO 5 MG DOSE.....	19
valtya 1/50.....	98
vanadom.....	111
vancomycin hcl.....	10
VANFLYTA.....	44
VAQTA.....	110
varenicline tartrate.....	7
varenicline tartrate (starter).....	7
varenicline tartrate(continue).....	7
VARIVAX.....	110
VAXCHORA.....	110
VELIVET.....	98
VENCLEXTA.....	44
VENCLEXTA STARTING PACK.....	44
venlafaxine hcl.....	23
venlafaxine hcl er.....	24
VEOZAH.....	121
verapamil hcl.....	66
VERAPAMIL HCL ER.....	66
verapamil hcl er.....	66
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	128
VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	128
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	128
VERQUVO.....	69
VERSACLOZ.....	51
VERZENIO.....	44,45
vestura.....	98
vienna.....	98
vigabatrin.....	19
vigadronе.....	19,20
VIGAFYDE.....	20
vigpoder.....	20
vilazodone hcl.....	24
VIMKUNYA.....	110
viorele.....	98
VIRACEPT.....	58
VIREAD.....	59
VITRAKVI.....	45
VIVOTIF.....	110
VIZIMPRO.....	45
volnea.....	98
VONJO.....	34
VORANIGO.....	45
voriconazole.....	28
VOSEVI.....	56
VOWST.....	129
VRAYLAR.....	54
vyfemla.....	98
vylibra.....	98
VYZULTA.....	112
 W	
warfarin sodium.....	86
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE.....	129
WELIREG.....	33
wera.....	98
WINREVAIR.....	129
wixela inhub.....	134
wymzya fe.....	98
WYOST.....	81

X

XALKORI.....	45
XARELTO.....	86,87
XARELTO STARTER PACK.....	87
XATMEP.....	107
XCOPRI.....	17,18
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	18
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	18
XDEMVY.....	114
XELJANZ.....	105
XELJANZ XR.....	105
xelria fe.....	98
XERMELO.....	82
XIFAXAN.....	10
XIGDUO XR.....	117
XiIDRA.....	114
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	55
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	55
XOLAIR.....	105
XOSPATA.....	45
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	45
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	45
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	46
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	46
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	46
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	46
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	46
XTANDI.....	31
xulane.....	98

Y

YESINTEK.....	105
YF-VAX.....	110
yuvafem.....	98

Z

zafemy.....	98
zaflorukast.....	131
zaleplon.....	136

ZARXIO.....	88
ZEJULA.....	46
ZELBORAF.....	46
zenatane.....	73
ZENPEP.....	135
zidovudine.....	59,60
ziprasidone hcl.....	54
ziprasidone mesylate.....	54
ZIRGAN.....	112
zoledronic acid.....	81
ZOLINZA.....	34
zolpidem tartrate.....	136
ZONISADE.....	18
zonisamide.....	18
zovia 1/35 (28).....	98
zovia 1/35e (28).....	99
ZTALMY.....	20
zumandimine.....	99
ZURZUVAE.....	22
ZYDELIG.....	46
ZYKADIA.....	46
ZYLET.....	114
ZYPREXA RELPREVV.....	54

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

ANALGÉSICOS	1
ANESTÉSICOS	5
ANSIOLÍTICOS	5
ANTIADICTIVOS/TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS, MEDICAMENTOS PARA EL	7
ANTIBACTERIANOS	8
ANTICONVULSIVOS	15
ANTIDEMENCIALES	20
ANTIDEPRESIVOS	21
ANTIEMÉTICOS	25
ANTIESPÁSTICOS	26
ANTIFÚNGICOS	26
ANTIGOTOSOS	28
ANTIJAQUECOSOS	28
ANTIMIASTÉNICOS	29
ANTIMICOBACTERIANOS	30
ANTINEOPLÁSICOS	30
ANTIPARASITARIOS	47
ANTIPARKINSONIANOS	48
ANTIPSICÓTICOS	49
ANTIVÍRICOS	54
BIPOLARES	61
BUCODENTALES	61
CARDIOVASCULARES	61
DERMATOLÓGICOS	73
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS	77
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA	80
ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA	81
GASTROINTESTINALES	82
GENITOURINARIOS	84
HEMADERIVADOS Y MODIFICADORES	85
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)	88
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS)	89
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HORMONAS	

SEXUALES/MODIFICADORES).....	90
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES).....	100
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS).....	101
HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS).....	102
INMUNOLÓGICOS.....	103
MIORRELAJANTES.....	110
OFTÁLMICOS.....	111
REGULADORES DE LA GLUCEMIA.....	115
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL.....	120
TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS.....	122
TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL.....	129
TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO.....	134
TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS.....	136
Uncategorized.....	136
ÓTICOS.....	137



Notice of Availability of Language Services and Auxiliary Aids and Services

English Tagline

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

الشعار بالعربية (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-800-452-4413 (TTY:711)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշվանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու

խոշորաստան տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-800-452-4413 (TTY:711)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

简体中文标语 (Chinese)

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

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

Nqee Lus Hmoob Cob (Hmong)

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

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-800-452-4413 (TTY: 711)** へお電話ください。

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

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

한국어 태그라인 (Korean)

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

1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ລາວ ແກ້ໄຂພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທທາເບີ
1-800-452-4413 (TTY: 711).

ຢັ້ງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາວັບຄົນພິການ
ເຊື່ອນອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນຸ່ມແລະມີໂຕຜົມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທທາເບີ

1-800-452-4413 (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼື້ນນີ້ບໍ່ຕ້ອງສະເລຄ່າໃຈ້ຈ່າຍໄດ້.

Mien Tagline (Mien)

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

ພູາສໜ້າລ່ັຜາກາສາເຊົ່າ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចໍ່ແລກໆ: ເບີໝູກ ປົງກ ກາຣັ່ງ ດັ່ງນີ້ແລ້ວ ພູາສໜ້າ ຮບສ່ວນ ສູມ ຊູຮສັ້ນເຊົ່າເລີຂ
1-800-452-4413 (TTY:711) ແລ້ວ ດັ່ງນີ້ແລ້ວ ສົມ ສູມ ສູມ
ຜນຕິການ ຜູ້ຜົມຜົມ ຄສາຮຽນເສີມກູງຮຸ່າສ ສູມ ສູມ ສູມ

ਪ੍ਰਾਚਿਕ ਸਾਰਸ਼ਾਰੀ ਰੋਜ਼ਾਂ ਮਾਂ ਕੁਝ ਟੁਮੁੰਡੇ ਗੇ ਮਾਤਾਪਾਨ ਜ਼ਖੇਂਦਰੀ

ਕੁਰਸੱਟੂ ਮਕਾਲੇ 1-800-452-4413 (TTY: 711)⁴

ਫੋਨ ਮੁੜਾਂਦ ਵੇਖਾਂ : ਮਿਲਕੀਟਾਂ ਪੈਂਡਾਂ ਕੌਝੀਂ ਧੀਂ

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

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

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ

1-800-452-4413 (TTY: 711). ਅਪਾਰਾਨ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ,

ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੇਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ

1-800-452-4413 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-800-452-4413** (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру

1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

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

Tagalog Tagline (Tagalog)

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

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-452-4413** (TTY: 711) นอกจากนี้ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-452-4413** (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

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



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación va contra la ley. Blue Shield of California cumple con las leyes federales y estatales de derechos civiles. Blue Shield of California no discrimina de manera ilícita, no excluye personas o niñas ni las trata de manera diferente debido a su sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Blue Shield of California proporciona:

- » Asistencia y servicios gratuitos de manera oportuna a las personas con discapacidades para ayudarlas a que se comuniquen mejor, como por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- » Servicios lingüísticos gratuitos de manera oportuna a personas cuya lengua materna no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas
- » Si necesita estos servicios, comuníquese con *Blue Shield of California, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.* Llame a Atención al Cliente en su región:

1-800-452-4413. Si no puede oír o hablar bien, llame al TTY: 711. Si usted lo solicita, este documento puede estar disponible para usted en braille, letra grande, cinta de audio o formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

Blue Shield of California

601 12th Street

Oakland, CA 94607-3613

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

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

A57166DSN-SP_0725

H2819_25_325B_C 07082025

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si usted cree que Blue Shield of California no ha brindado estos servicios o ha cometido una discriminación ilícita de alguna otra manera, por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, usted puede presentar una queja ante el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, personalmente o por vía electrónica:

- » Por teléfono: Comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., llamando al 1-844-831-4133. Si usted no puede oír o hablar bien, llame a la línea TTY/TDD 711.
 - » Por escrito: Llene un formulario de queja o escriba una carta, y envíelo(a) a: Blue Shield of California Civil Rights Coordinator, P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011. BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com.
 - » En persona: Vaya al consultorio de su médico o a Blue Shield of California y diga que desea presentar una queja.
 - » Por vía electrónica: Visite el sitio web de Blue Shield of California blueshieldca.com.
-

OFICINA DE DERECHOS CIVILES (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

- » También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California. Puede hacerlo por teléfono, por escrito o por vía electrónica:
- » Por teléfono: Llame al 1-916-440-7370. Si no puede hablar u oír bien, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- » Por escrito: Llene un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- » Por vía electrónica: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)

Si usted cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- » Por teléfono: Llame al 1-800-368-1019. Si usted no puede hablar u oír bien, llame al TTY/TDD 1-800-537-7697.
- » Por escrito: Llene un formulario de queja o envíe una carta a:

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

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

- » Por vía electrónica: Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Esta *Lista de Medicamentos* se actualizó el 09/02/2025 .

Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, llámenos al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana, o visite blueshieldca.com/medformulary2026.

Si tiene alguna pregunta, llame a Blue Shield TotalDual Plan al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite blueshieldca.com/medformulary2026.

