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 31

Esta *Lista de Medicamentos* se actualizó el 10/20/2026 .

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 (10/26)

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 *Lista de Medicamentos Cubiertos*? (Usamos la frase "*Lista de Medicamentos*" para referirnos a la *Lista de Medicamentos Cubiertos* de forma abreviada). xiv

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

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

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

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? xix

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

B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción? xxi

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 *Lista de Medicamentos Cubiertos* xxv

C1. Lista de medicamentos ordenados por problema de salud xxvi

D. Índice de medicamentos cubiertos 141

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

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)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

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

Esta sección continúa en la página siguiente

简体中文标语 (Chinese)

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

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

Esta sección continúa en la página siguiente

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 निः 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

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

ແຈ້ງໄວ້ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413
(TTY: 711).
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

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

Esta sección continúa en la página siguiente

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធុំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

مطلب به زبان فارسی (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- مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

Esta sección continúa en la página siguiente

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

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

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.

- 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.

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.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.

- Blue Shield TotalDual Plan cubrirá todos los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* que sean médicamente 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 médicamente 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

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

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, quizá también decidamos 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

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, haremos lo siguiente:

- le avisaremos que haremos 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

- **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 enviemos 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

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 141 . 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

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

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 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

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

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

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

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 (*Limited Access*)	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 (*Prior authorization*)	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 (*Quantity Limit*)	Este medicamento tiene un límite de dosis o de cantidad recetada. Los límites máximos de dosis diaria los define la FDA y se explican en el prospecto del medicamento. Otros límites de cantidad promueven una dosificación consolidada cuando sea posible.
ST	Tratamiento escalonado (*Step Therapy*)	La cobertura para este medicamento recetado se brinda cuando ya se han probado tratamientos con otros medicamentos de primera línea o medicamentos preferidos (tratamiento escalonado).

Esta sección continúa en la página siguiente

SÍMBOLO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
NDS	Suministro de días no extendido (*Non-Extended Day Supply*)	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.

ANALGÉSICOS

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

ANALGÉSICOS

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

ANALGÉSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	NIVEL 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg/5ml solution	NIVEL 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg/ml solution	NIVEL 4	PA, NDS
methadone hcl 5 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 5 mg/5ml solution	NIVEL 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er (100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 mg tab er)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er 15 mg tab er	NIVEL 4	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er 30 mg tab er	NIVEL 4	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
tramadol hcl er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h)	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES		
butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
cataflam 50 mg tab	NIVEL 2	
celecoxib (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
celecoxib 400 mg cap	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
diclofenac potassium 50 mg tab	NIVEL 2	
diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)	NIVEL 2	
diclofenac sodium 1.5 % solution	NIVEL 3	
diclofenac sodium 3 % gel	NIVEL 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)

ANALGÉSICOS

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

ANALGÉSICOS

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

ANESTÉSICOS

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

ANSIOLÍTICOS

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

ANSIOLÍTICOS

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

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

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

ANTIBACTERIANOS

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

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	
colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln	NIVEL 4	
daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)	NIVEL 5	
fosfomycin tromethamine 3 gm packet	NIVEL 4	QL (4 PER 28 OVER TIME)
lincomycin hcl 300 mg/ml solution	NIVEL 4	
linezolid 100 mg/5ml recon susp	NIVEL 5	PA
linezolid 600 mg tab	NIVEL 4	PA
linezolid 600 mg/300ml solution	NIVEL 4	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	NIVEL 5	
methenamine hippurate 1 gm tab	NIVEL 4	
metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 2	
metronidazole (0.75 % lotion, 1 % gel, 500 mg/100ml solution)	NIVEL 4	
metronidazole 0.75 % cream	NIVEL 3	
nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)	NIVEL 2	
nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap	NIVEL 2	
rosadan 0.75 % cream	NIVEL 3	
rosadan 0.75 % gel	NIVEL 2	
tigecycline 50 mg recon soln	NIVEL 4	
tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 4	
trimethoprim 100 mg tab	NIVEL 2	

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)	NIVEL 4	
vancomycin hcl 5 gm recon soln	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	
cefadroxil (1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)	NIVEL 3	
cefadroxil 500 mg cap	NIVEL 2	
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)	NIVEL 4	
cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)	NIVEL 3	
cefdinir 300 mg cap	NIVEL 2	
cefepime hcl (1 gm recon soln, 1 gm/50ml solution, 2 gm recon soln, 2 gm/100ml solution)	NIVEL 4	
cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)	NIVEL 4	
cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)	NIVEL 4	
CEFPODOXIME PROXETIL (100 MG TAB, 100 MG/5ML RECON SUSP, 200 MG TAB, 50 MG/5ML RECON SUSP)	NIVEL 4	

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)	NIVEL 2	
ceftaroline fosamil (400 mg recon soln, 600 mg recon soln)	NIVEL 5	
CEFTAZIDIME (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	
ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)	NIVEL 4	
cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 2	
cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)	NIVEL 4	
cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)	NIVEL 2	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	
BETALACTÁMICOS, PENICILINAS		
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)	NIVEL 2	
amoxicillin trihydrate 250 mg/5ml recon susp	NIVEL 2	
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)	NIVEL 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 400-57 MG CHEW TAB	NIVEL 3	

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab er 12h	NIVEL 4	
ampicillin 500 mg cap	NIVEL 2	
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)	NIVEL 4	
ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln)	NIVEL 4	
BICILLIN L-A (1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR, 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR)	NIVEL 4	
dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)	NIVEL 2	
nafcillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)	NIVEL 4	
penicillin g potassium (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)	NIVEL 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	NIVEL 4	
penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)	NIVEL 2	
pfizerpen (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)	NIVEL 4	
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)	NIVEL 4	
CARBAPENÉMICOS		
ertapenem sodium 1 gm recon soln	NIVEL 3	

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)	NIVEL 4	
meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)	NIVEL 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	NIVEL 4	
MACRÓLIDOS		
azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)	NIVEL 2	
AZITHROMYCIN 1 GM PACKET	NIVEL 3	
azithromycin 500 mg recon soln	NIVEL 4	
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	NIVEL 4	
clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 2	
clarithromycin er 500 mg tab er 24h	NIVEL 4	
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
erythrocin lactobionate 500 mg recon soln	NIVEL 4	
erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 4	
erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5ml recon susp, 400 mg tab)	NIVEL 4	
erythromycin lactobionate 500 mg recon soln	NIVEL 4	
fidaxomicin 200 mg tab	NIVEL 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
QUINOLONAS		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	NIVEL 3	

ANTIBACTERIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	NIVEL 4	
ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%) recon susp, 500 mg/5ml (10%) recon susp)	NIVEL 4	
ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	NIVEL 2	
ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution	NIVEL 4	
levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	NIVEL 2	
levofloxacin 25 mg/ml solution	NIVEL 4	
levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)	NIVEL 4	
moxifloxacin hcl 400 mg tab	NIVEL 3	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL 400 MG/250ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SULFONAMIDAS		
sulfadiazine 500 mg tab	NIVEL 3	
sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)	NIVEL 2	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution	NIVEL 4	
sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension	NIVEL 2	
TETRACICLINAS		
avidoxy 100 mg tab	NIVEL 3	
doxy 100 100 mg recon soln	NIVEL 4	
doxycycline hyclate (100 mg cap, 100 mg tab, 20 mg tab, 50 mg cap)	NIVEL 2	

ANTIBACTERIANOS

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

ANTICONVULSIVOS

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

ANTICONVULSIVOS

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

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
topiramate 25 mg/ml solution	NIVEL 4	QL (16 ML PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)	NIVEL 4	
valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)	NIVEL 2	
XCOPRI (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS		
carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)	NIVEL 2	
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)	NIVEL 3	
DILANTIN (100 MG CAP, 30 MG CAP)	NIVEL 4	
epitol 200 mg tab	NIVEL 2	
eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)	NIVEL 4	QL (40 PER 1 DAYS)
lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
lacosamide 200 mg/20ml solution	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)	NIVEL 2	

ANTICONVULSIVOS

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

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
diazepam 10 mg gel	NIVEL 4	QL (20 PER 30 DAYS)
diazepam 2.5 mg gel	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)
diazepam 20 mg gel	NIVEL 4	QL (40 PER 30 DAYS)
gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)	NIVEL 3	QL (72 PER 1 DAYS)
gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
gabapentin 100 mg cap	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
gabapentin 300 mg cap	NIVEL 2	QL (8 PER 1 DAYS)
gabapentin 400 mg cap	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
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)	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM, 5 MG FILM)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	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)
vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg packet	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTICONVULSIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
vigadrone 500 mg tab	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
vigpoder 500 mg packet	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		
ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)	NIVEL 2	
methsuximide 300 mg cap	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)		
memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution)	NIVEL 3	
memantine hcl er (14 mg cap er 24h, 21 mg cap er 24h, 28 mg cap er 24h, 7 mg cap er 24h)	NIVEL 4	
ANTIDEMENCIALES, OTROS		
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	NIVEL 3	
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA		
donepezil hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 1	
donepezil hcl 23 mg tab	NIVEL 4	ST

ANTIDEMENCIALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	NIVEL 2	
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	NIVEL 2	
galantamine hydrobromide (12 mg tab, 4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab)	NIVEL 4	
galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
rivastigmine (13.3 mg/24hr patch 24hr, 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)	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
AUVELITY TITRATION PACK 30-105 MG & 45-105 MG TBER THPK	NIVEL 4	QL (102 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bupropion hcl 100 mg tab	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
bupropion hcl 75 mg tab	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
EXXUA (18.2 MG TAB ER 24H, 36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	QL (64 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYBALVI (10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB, 5-10 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)	NIVEL 2	
mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)	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	
PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB	NIVEL 2	
tranylcypromine sulfate 10 mg tab	NIVEL 4	
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)/INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (SNRI)		
citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
citalopram hydrobromide (10 mg/5ml solution, 20 mg/10ml solution)	NIVEL 3	
desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 1	
escitalopram oxalate (10 mg/10ml solution, 5 mg/5ml solution)	NIVEL 2	
FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	NIVEL 4	QL (28 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 1	
fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution	NIVEL 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	NIVEL 4	QL (4 PER 28 DAYS)
fluvoxamine maleate 100 mg tab	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
fluvoxamine maleate 25 mg tab	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
fluvoxamine maleate 50 mg tab	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	
paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)
paroxetine hcl er (12.5 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 37.5 mg tab er 24h)	NIVEL 4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 1	
sertraline hcl 20 mg/ml conc	NIVEL 3	
trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	
trazodone hcl 300 mg tab	NIVEL 3	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	NIVEL 2	
venlafaxine hcl er (150 mg cap er 24h, 37.5 mg cap er 24h)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
TRICÍCLICOS		
amitriptyline hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
amoxapine (100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 3	
clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
desipramine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	NIVEL 4	
doxepin hcl (10 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	NIVEL 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
doxepin hcl 10 mg/ml conc	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	NIVEL 2	

ANTIDEPRESIVOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution	NIVEL 4	
protriptyline hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 4	
trimipramine maleate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIEMÉTICOS

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

ANTIEMÉTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)	NIVEL 4	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
granisetron hcl 1 mg tab	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 4 mg tab disp	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 8 mg tab disp	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
ondansetron hcl 4 mg tab	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 4 mg/5ml solution	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 8 mg tab	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		
baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
baclofen 15 mg tab	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
baclofen 5 mg tab	NIVEL 2	QL (16 PER 1 DAYS)
dantrolene sodium (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	NIVEL 4	
tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)	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
amphotericin b liposome 50 mg recon susp	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)	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)
econazole nitrate 1 % cream	NIVEL 4	
fluconazole (10 mg/ml recon susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)	NIVEL 2	
fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)	NIVEL 4	
flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)	NIVEL 5	
griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)	NIVEL 4	
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	NIVEL 4	
itraconazole 100 mg cap	NIVEL 4	
ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)	NIVEL 2	
klayesta 100000 unit/gm powder	NIVEL 4	
micafungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)	NIVEL 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	NIVEL 3	
nyamyc 100000 unit/gm powder	NIVEL 4	
nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)	NIVEL 2	

ANTIFÚNGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
nystatin 100000 unit/gm powder	NIVEL 4	
nystop 100000 unit/gm powder	NIVEL 4	
posaconazole 100 mg tab dr	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
terbinafine hcl 250 mg tab	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)	NIVEL 3	
terconazole 80 mg suppos	NIVEL 4	
voriconazole (200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)	NIVEL 4	PA
voriconazole 200 mg recon soln	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		
allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 1	
colchicine 0.6 mg tab	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab	NIVEL 2	
febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 4	ST, QL (1 PER 1 DAYS)
probenecid 500 mg tab	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)		
naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)	NIVEL 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)

ANTIJAQUECOSOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)	NIVEL 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)	NIVEL 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	NIVEL 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
ALCALOIDES DE ERGOTAMINA		
dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution	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		
pyridostigmine bromide 60 mg tab	NIVEL 2	

ANTIMIASTÉNICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
pyridostigmine bromide er 180 mg tab er	NIVEL 4	

ANTIMICOBACTERIANOS

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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LEUKERAN 2 MG TAB	NIVEL 4	
lomustine (10 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	
lomustine 100 mg cap	NIVEL 5	
MATULANE 50 MG CAP	NIVEL 5	LA
ANTIANDRÓGENOS		
abiraterone acetate 250 mg tab	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abiraterone acetate 500 mg tab	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abirtega 250 mg tab	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bicalutamide 50 mg tab	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	
nilutamide 150 mg tab	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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XTANDI 80 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIANGIOGÉNICOS		
lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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		
fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr	NIVEL 5	
INLURIYO 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
toremifene citrate 60 mg tab	NIVEL 4	
VEPPANU (100 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIMETABOLITOS		
mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
mercaptopurine 50 mg tab	NIVEL 2	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
AUGTYRO 40 MG CAP	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI PEN 500 MCG/0.5ML SOLN PEN	NIVEL 5	LA, QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
hydroxyurea 500 mg cap	NIVEL 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IWILFIN 192 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB	NIVEL 2	
leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)	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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
ZENBEXUS (0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	NIVEL 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO		
mesna 400 mg tab	NIVEL 4	
VONJO 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INHIBIDORES DE ENZIMAS		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER PACK	NIVEL 5	LA, QL (66 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (1 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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN		
anastrozole 1 mg tab	NIVEL 1	
exemestane 25 mg tab	NIVEL 4	
letrozole 2.5 mg tab	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES		
ALECENSA 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 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
BOSULIF 500 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
bosutinib (400 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib 100 mg tab	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 160 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COTELLIC 20 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)	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
erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
erlotinib hcl 25 mg tab	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)	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
gefitinib 250 mg tab	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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
HYRNUO 10 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 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
imatinib mesylate 100 mg tab	NIVEL 4	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
imatinib mesylate 400 mg tab	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
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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
JAKAFI XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H, 33 MG TAB ER 24H, 44 MG TAB ER 24H, 55 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	LA, QL (1 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
JIDEYTRO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (49 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (70 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (91 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOMZIFTI 200 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 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
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	QL (12 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
lapatinib ditosylate 250 mg tab	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (125 MG DOSE) 1 X 25 MG & 1 X 100 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (18 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (150 MG DOSE) 2 X 25 MG & 1 X 100 MG CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (27 PER 28 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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	NIVEL 5	LA, QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
nilotinib hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
pazopanib hcl 200 mg tab	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PAZOPANIB HCL 400 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (13.5 MG TAB, 4.5 MG TAB, 9 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG CAP	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 80 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	NIVEL 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	NIVEL 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	NIVEL 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	NIVEL 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sorafenib tosylate 200 mg tab	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
sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 12.5 mg cap	NIVEL 5	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 25 mg cap	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

ANTINEOPLÁSICOS

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

ANTINEOPLÁSICOS

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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XOSPATA 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 80 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (4 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

ANTINEOPLÁSICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZYKADIA 150 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETINOIDES		
bexarotene 1 % gel	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bexarotene 75 mg cap	NIVEL 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tretinoin 10 mg cap	NIVEL 5	

ANTIPARASITARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIHELMÍNTICOS		
albendazole 200 mg tab	NIVEL 4	
ivermectin 3 mg tab	NIVEL 2	
praziquantel 600 mg tab	NIVEL 3	
ANTIPROTOZOICOS		
atovaquone 750 mg/5ml suspension	NIVEL 4	PA
atovaquone-proguanil hcl (250-100 mg tab, 62.5-25 mg tab)	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)
chloroquine phosphate (250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 2	QL (25 PER 30 DAYS)

ANTIPARASITARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COARTEM 20-120 MG TAB	NIVEL 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
IMPAVIDO 50 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
mefloquine hcl 250 mg tab	NIVEL 2	
nitazoxanide 500 mg tab	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	NIVEL 3	
primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab	NIVEL 2	
pyrimethamine 25 mg tab	NIVEL 5	PA
quinine sulfate 324 mg cap	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		
bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)	NIVEL 4	
pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)	NIVEL 2	

ANTIPARKINSONIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
ropinirole hcl er (2 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h, 6 mg tab er 24h)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
ANTICOLINÉRGICOS		
benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 2	
benztropine mesylate 1 mg/ml solution	NIVEL 4	
trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)	NIVEL 2	
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)	NIVEL 4	
entacapone 200 mg tab	NIVEL 4	QL (8 PER 1 DAYS)
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)		
rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)	NIVEL 2	
PRECURSORES DE LA DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA L-AMINOÁCIDO DESCARBOXILASA		
carbidopa 25 mg tab	NIVEL 4	
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)	NIVEL 4	

ANTIPARKINSONIANOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)	NIVEL 2	
carbidopa-levodopa er (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)	NIVEL 2	

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP, 50-20 MG CAP)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	NIVEL 5	QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS		
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)	NIVEL 4	
fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution	NIVEL 4	
fluphenazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 2.5 mg/5ml elixir, 2.5 mg/ml solution, 5 mg tab, 5 mg/ml conc)	NIVEL 4	
haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)	NIVEL 3	
haloperidol lactate 2 mg/ml conc	NIVEL 3	
haloperidol lactate 5 mg/ml solution	NIVEL 2	

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
loxapine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)	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	
thioridazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
thiothixene (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	NIVEL 3	
trifluoperazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
RESISTENTES AL TRATAMIENTO		
clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, 25 mg tab disp)	NIVEL 4	
clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (18 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
aripiprazole 1 mg/ml solution	NIVEL 4	QL (25 PER 1 DAYS)
aripiprazole 2 mg tab	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
aripiprazole 5 mg tab	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
asenapine maleate (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BYSANTI (1 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (16 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (24 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (16 PER 365 OVER TIME), 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
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

ANTIPSICÓTICOS

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

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
lurasidone hcl (120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
lurasidone hcl 80 mg tab	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
olanzapine (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)	NIVEL 4	
olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	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
paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er 6 mg tab er 24h	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
quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	
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)	NIVEL 4	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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)	NIVEL 4	

ANTIPSICÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)	NIVEL 2	
risperidone 1 mg/ml solution	NIVEL 3	
risperidone microspheres er (12.5 mg srer, 25 mg srer)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)	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 (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 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
ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	NIVEL 3	
ziprasidone mesylate 20 mg recon soln	NIVEL 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)		
LIVTENCITY 200 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS (120 MG PACKET, 20 MG PACKET)	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	NIVEL 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)

ANTIVÍRICOS

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

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
ANTIHERPÉTICOS		
acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)	NIVEL 2	
acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	NIVEL 4	
acyclovir sodium 50 mg/ml solution	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 2	
valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)	NIVEL 2	
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
BIXLENVO 75-50 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	NIVEL 5	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY 10 MG TAB	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
APTIVUS 250 MG CAP	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
atazanavir sulfate 300 mg cap	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
darunavir 600 mg tab	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
darunavir 800 mg tab	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
fosamprenavir calcium 700 mg tab	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)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab	NIVEL 4	QL (10 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution	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)
ritonavir 100 mg tab	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	NIVEL 5	QL (9 PER 1 DAYS)

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VIRACEPT 625 MG TAB	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NO NUCLEOSÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 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)
efavirenz 600 mg tab	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg tab	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
etravirine 100 mg tab	NIVEL 5	QL (4 PER 1 DAYS)
etravirine 200 mg tab	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (12 PER 1 DAYS)
nevirapine 200 mg tab	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)
nevirapine er 400 mg tab er 24h	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)
rilpivirine hcl 25 mg tab	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NUCLEOSÍDICOS Y NUCLEOTÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NRTI)		
abacavir sulfate 20 mg/ml solution	NIVEL 4	QL (30 PER 1 DAYS)
abacavir sulfate 300 mg tab	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab	NIVEL 4	QL (1 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)
emtricitabine 200 mg cap	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (24 PER 1 DAYS)
lamivudine (10 mg/ml solution, 300 mg/30ml solution)	NIVEL 3	QL (30 PER 1 DAYS)
lamivudine 150 mg tab	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
lamivudine 300 mg tab	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	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)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab	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)
zidovudine 100 mg cap	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
zidovudine 300 mg tab	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
zidovudine 50 mg/5ml syrup	NIVEL 2	QL (60 PER 1 DAYS)

ANTIVÍRICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS		
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	NIVEL 5	QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	NIVEL 5	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
IDVYNSO 100-0.25 MG TAB	NIVEL 5	QL (1 PER 1 DAYS)
maraviroc 150 mg tab	NIVEL 5	QL (2 PER 1 DAYS)
maraviroc 300 mg tab	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		
LAGEVRIO 200 MG CAP	NIVEL 5	QL (40 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 X 150 MG & 5 X 100MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (11 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)

BIPOLARES

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

BUCODENTALES

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

CARDIOVASCULARES

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

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)	NIVEL 1	
droxidopa 100 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (18 PER 1 DAYS)
droxidopa 200 mg cap	NIVEL 5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
droxidopa 300 mg cap	NIVEL 5	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 2	
METHYLDOPA (250 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 2	
midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 3	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	NIVEL 1	
irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)	NIVEL 1	
losartan potassium (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 1	
olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 1	
telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1	
valsartan (160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1	
ANTIARRÍTMICOS		
amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	NIVEL 4	
amiodarone hcl 200 mg tab	NIVEL 2	
digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
digox 125 mcg tab	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)	NIVEL 4	

CARDIOVASCULARES

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

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)	NIVEL 1	
labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 2	
metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	NIVEL 1	
metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 1	
nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 2	
nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 3	
pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 2	
PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	NIVEL 3	
propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)	NIVEL 2	
timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 4	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS		
amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 1	
felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	NIVEL 2	
isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)	NIVEL 3	
nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)	NIVEL 2	
nifedipine er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)	NIVEL 2	

CARDIOVASCULARES

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

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	NIVEL 2	
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)	NIVEL 2	
verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	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	
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)	NIVEL 2	
CARDIOVASCULARES, OTROS		
acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)	NIVEL 2	
aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 4	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab	NIVEL 2	
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)	NIVEL 1	
amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)	NIVEL 1	
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)	NIVEL 3	
amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)	NIVEL 1	

CARDIOVASCULARES

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

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
metyrosine 250 mg cap	NIVEL 5	
olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	NIVEL 1	
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)	NIVEL 1	
pentoxifylline er 400 mg tab er	NIVEL 2	
quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	NIVEL 1	
ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
sacubitril-valsartan (24-26 mg tab, 49-51 mg tab, 97-103 mg tab)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
spironolactone-hctz 25-25 mg tab	NIVEL 2	
telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)	NIVEL 1	
telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)	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	
triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)	NIVEL 1	
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)	NIVEL 1	
VERQUVO (10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO		
fenofibrate (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)	NIVEL 2	

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
fenofibrate micronized (130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap, 43 mg cap, 67 mg cap)	NIVEL 2	
fenofibric acid (135 mg cap dr, 45 mg cap dr)	NIVEL 3	
gemfibrozil 600 mg tab	NIVEL 2	
DISLIPIDÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HIDROXIMETILGLUTARIL-COENZIMA A (HMG-COA) REDUCTASA		
atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1	
fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 1	
fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h	NIVEL 2	
lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1	
rosuvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 1	
simvastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1	
DISLIPIDÉMICOS, OTROS		
cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	NIVEL 3	
cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	NIVEL 2	
colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)	NIVEL 4	
colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)	NIVEL 3	
colestipol hcl 1 gm tab	NIVEL 2	
ezetimibe 10 mg tab	NIVEL 2	
ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)	NIVEL 2	

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	NIVEL 4	
niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	NIVEL 4	
omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	NIVEL 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	NIVEL 3	PA
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA
DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO		
amiloride hcl 5 mg tab	NIVEL 2	
eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 3	
spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 1	
DIURÉTICOS, ASA		
bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 2	
bumetanide 0.25 mg/ml solution	NIVEL 4	
FUROSEMIDE (10 MG/ML SOLUTION, 20 MG TAB, 40 MG TAB, 8 MG/ML SOLUTION, 80 MG TAB)	NIVEL 1	
furosemide 10 mg/ml solution	NIVEL 4	
torsemide (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	

CARDIOVASCULARES

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

CARDIOVASCULARES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA		
hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 1	
minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)	NIVEL 2	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
isosorbide mononitrate er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)	NIVEL 1	
isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24h	NIVEL 2	
nitro-bid 2 % ointment	NIVEL 3	
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)	NIVEL 2	
nitroglycerin 0.4 % ointment	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
nitroglycerin 2 % ointment	NIVEL 3	

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	
acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)	NIVEL 4	

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	
benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel	NIVEL 4	
claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	
clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel	NIVEL 3	
isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	
myorisan (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion	NIVEL 3	
tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)	NIVEL 4	
tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)	NIVEL 4	PA
zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	
ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS		
acyclovir 5 % ointment	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ciclodan 8 % solution	NIVEL 2	
ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)	NIVEL 4	
ciclopirox 8 % solution	NIVEL 2	
ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)	NIVEL 2	
clindamycin phos (once-daily) 1 % gel	NIVEL 2	
clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel	NIVEL 2	
clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)	NIVEL 2	

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERY 2 % PAD	NIVEL 3	
erythromycin 2 % gel	NIVEL 4	
erythromycin 2 % solution	NIVEL 2	
mupirocin 2 % ointment	NIVEL 2	
DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
ala-cort 1 % cream	NIVEL 2	
alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	NIVEL 3	
ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)	NIVEL 2	
betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	NIVEL 2	
betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	NIVEL 3	
betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream	NIVEL 2	
betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)	NIVEL 2	
clobetasol prop emollient base 0.05 % cream	NIVEL 4	
clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)	NIVEL 4	
clobetasol propionate 0.05 % liquid	NIVEL 4	QL (250 PER 30 DAYS)
desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	NIVEL 4	
desoximetasone 0.25 % cream	NIVEL 4	
EUCRISA 2 % OINTMENT	NIVEL 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)	NIVEL 3	

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
fluocinolone acetonide 0.01 % solution	NIVEL 4	
fluocinolone acetonide body 0.01 % oil	NIVEL 4	
fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil	NIVEL 4	
fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)	NIVEL 3	
fluocinonide emulsified base 0.05 % cream	NIVEL 3	
fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)	NIVEL 2	
halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	NIVEL 4	QL (200 PER 28 DAYS)
hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)	NIVEL 2	
hydrocortisone (perianal) (1 % cream, 2.5 % cream)	NIVEL 2	
hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment	NIVEL 4	
mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)	NIVEL 2	
procto-med hc 2.5 % cream	NIVEL 2	
proctosol hc 2.5 % cream	NIVEL 2	
proctozone-hc 2.5 % cream	NIVEL 2	
selenium sulfide 2.5 % lotion	NIVEL 2	
tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)	NIVEL 4	QL (100 PER 30 DAYS)
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)	NIVEL 2	
triderm 0.5 % cream	NIVEL 2	

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DERMATOLÓGICOS, OTROS		
alcohol wipes 70 % misc	NIVEL 2	
calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)	NIVEL 4	
calcipotriene 0.005 % solution	NIVEL 3	
calcitrene 0.005 % ointment	NIVEL 3	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream	NIVEL 2	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion	NIVEL 4	
cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc	NIVEL 2	
fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)	NIVEL 2	
fluorouracil 5 % cream	NIVEL 3	
imiquimod 5 % cream	NIVEL 2	QL (24 PER 30 DAYS)
isopropyl alcohol 70 % misc	NIVEL 2	
isopropyl alcohol wipes 70 % misc	NIVEL 2	
medpura alcohol pads 70 % misc	NIVEL 2	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	NIVEL 5	
nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)	NIVEL 4	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
OTEZLA XR 75 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
podofilox 0.5 % solution	NIVEL 2	
qc alcohol 70 % misc	NIVEL 2	
ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc	NIVEL 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
silver sulfadiazine 1 % cream	NIVEL 2	

DERMATOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ssd 1 % cream	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		
malathion 0.5 % lotion	NIVEL 4	
permethrin 5 % cream	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		
deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)	NIVEL 5	
deferasirox 125 mg tab sol	NIVEL 3	
tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 & 15 mg tab thpk, 45 & 15 mg tab thpk, 60 & 30 mg tab thpk, 90 & 30 mg tab thpk)	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
tolvaptan 15 mg tab	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
tolvaptan 30 mg tab	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
trientine hcl 250 mg cap	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
QUELANTES DE FOSFATO		
calcium acetate (phos binder) 667 mg cap	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
sevelamer carbonate 800 mg tab	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
QUELANTES DE POTASIO		
kionex 15 gm/60ml suspension	NIVEL 2	
LOKELMA (10 GM PACKET, 5 GM PACKET)	NIVEL 3	
sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)	NIVEL 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION)	NIVEL 2	
SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES		
dextrose 10 % solution	NIVEL 4	
dextrose 5 % solution	NIVEL 3	
dextrose in lactated ringers 5 % solution	NIVEL 4	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	NIVEL 3	
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)	NIVEL 4	
dextrose-sodium chloride (5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)	NIVEL 3	
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)	NIVEL 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	NIVEL 4	
klor-con 10 10 meq tab er	NIVEL 2	
klor-con 8 meq tab er	NIVEL 2	
klor-con m10 10 meq tab er	NIVEL 2	
klor-con m15 15 meq tab er	NIVEL 2	

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
klor-con m20 20 meq tab er	NIVEL 2	
lactated ringers solution	NIVEL 4	
magnesium sulfate 50 % solution	NIVEL 4	
nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab	NIVEL 2	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	NIVEL 3	
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)	NIVEL 4	
potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)	NIVEL 2	
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)	NIVEL 2	
potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution	NIVEL 4	
potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)	NIVEL 4	
potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)	NIVEL 3	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	NIVEL 4	
PREMASOL 10 % SOLUTION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
prenatal vitamins	NIVEL 3	
ringers solution	NIVEL 4	
sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)	NIVEL 4	
sodium chloride (pf) 0.9 % solution	NIVEL 4	

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SODIUM FLUORIDE (0.55 (0.25 F) MG CHEW TAB, 1.1 (0.5 F) MG CHEW TAB, 1.1 (0.5 F) MG/ML SOLUTION, 2.2 (1 F) MG CHEW TAB)	NIVEL 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

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

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

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

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

GASTROINTESTINALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)		
cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)	NIVEL 2	
famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	
NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)	NIVEL 2	
ANTIDIARREICOS		
alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)	NIVEL 4	PA
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab	NIVEL 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	NIVEL 4	
loperamide hcl 2 mg cap	NIVEL 2	
XERMELO 250 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES		
dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)	NIVEL 2	PA
dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution	NIVEL 4	PA
glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 2	
methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 4	

GASTROINTESTINALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
constulose 10 gm/15ml solution	NIVEL 2	
enulose 10 gm/15ml solution	NIVEL 2	
gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln	NIVEL 2	
generlac 10 gm/15ml solution	NIVEL 2	
lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)	NIVEL 2	
lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution	NIVEL 2	
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution	NIVEL 3	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln	NIVEL 2	
GASTROINTESTINALES, OTROS		
cromolyn sodium 100 mg/5ml conc	NIVEL 4	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	NIVEL 2	
gavilyte-g 236 gm recon soln	NIVEL 2	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	NIVEL 5	PA
peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln	NIVEL 2	
ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 3	
ursodiol 300 mg cap	NIVEL 4	

GASTROINTESTINALES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
esomeprazole magnesium 20 mg cap dr	NIVEL 4	
esomeprazole magnesium 40 mg cap dr	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
lansoprazole 15 mg cap dr	NIVEL 2	
lansoprazole 30 mg cap dr	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
omeprazole 10 mg cap dr	NIVEL 2	
omeprazole 20 mg cap dr	NIVEL 1	
omeprazole 40 mg cap dr	NIVEL 1	QL (2 PER 1 DAYS)
pantoprazole sodium 20 mg tab dr	NIVEL 1	
pantoprazole sodium 40 mg recon soln	NIVEL 4	
pantoprazole sodium 40 mg tab dr	NIVEL 1	QL (2 PER 1 DAYS)
rabeprazole sodium 20 mg tab dr	NIVEL 3	
PROTECTORES		
misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)	NIVEL 2	
sucralfate 1 gm tab	NIVEL 2	

GENITOURINARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS		
GEMTESA 75 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	NIVEL 3	QL (10 PER 1 DAYS)
oxybutynin chloride 5 mg tab	NIVEL 2	

GENITOURINARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
oxybutynin chloride er (10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	NIVEL 2	
solifenacin succinate (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 4	ST
tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)	NIVEL 4	ST
trospium chloride 20 mg tab	NIVEL 2	
GENITOURINARIOS, OTROS		
bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	
penicillamine 250 mg tab	NIVEL 5	PA
HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h	NIVEL 2	
dutasteride 0.5 mg cap	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
finasteride 5 mg tab	NIVEL 1	
silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
tadalafil 2.5 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
tadalafil 5 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	NIVEL 1	

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTICOAGULANTES		
dabigatran etexilate mesylate (110 mg cap, 150 mg cap, 75 mg cap)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ELIQUIS (0.15 MG CAP SPRINK, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 MG TAB SOL	NIVEL 3	QL (12 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 MG TAB SOL	NIVEL 3	QL (16 PER 1 DAYS)
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsyr, 80 mg/0.8ml soln prsyr)	NIVEL 4	QL (48 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr	NIVEL 4	QL (18 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr	NIVEL 4	QL (24 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr	NIVEL 4	QL (36 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution	NIVEL 5	QL (24 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution	NIVEL 4	QL (15 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution	NIVEL 5	QL (12 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution	NIVEL 5	QL (18 PER 30 DAYS)
heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution)	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	NIVEL 1	
rivaroxaban 1 mg/ml recon susp	NIVEL 3	QL (20 ML PER 1 DAYS)
rivaroxaban 2.5 mg tab	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
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)	NIVEL 1	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 3	QL (20 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS		
anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)	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
eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
eltrombopag olamine 25 mg packet	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
eltrombopag olamine 75 mg tab	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
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		
tranexamic acid 650 mg tab	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
MODIFICADORES PLAQUETARIOS		
aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h	NIVEL 4	
cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	NIVEL 1	QL (1 PER 1 DAYS)
dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	NIVEL 3	
prasugrel hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)	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)		
cabergoline 0.5 mg tab	NIVEL 3	
leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit	NIVEL 4	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	NIVEL 5	
mifepristone 300 mg tab	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
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)	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)		
desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution	NIVEL 4	
desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)	NIVEL 3	
desmopressin acetate 4 mcg/ml solution	NIVEL 4	
desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution	NIVEL 4	
desmopressin acetate spray 0.01 % solution	NIVEL 4	
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	PA

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

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

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)
ESTRÓGENOS		
afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
altavera 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
amethia 0.15-0.03 &0.01 mg tab	NIVEL 4	
apri 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	NIVEL 3	
ashlyna 0.15-0.03 &0.01 mg tab	NIVEL 4	
aubra 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
aviane 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
ayuna 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	NIVEL 3	
balziva 0.4-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
briellyn 0.4-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
camrese 0.15-0.03 &0.01 mg tab	NIVEL 4	

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

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

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)	NIVEL 3	QL (8 PER 28 DAYS)
estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 1	
estradiol 0.01 % cream	NIVEL 2	
estradiol 10 mcg tab	NIVEL 3	
estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)	NIVEL 4	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	NIVEL 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)	NIVEL 4	
ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 mg-mcg tab, 1-50 mg-mcg tab)	NIVEL 3	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring	NIVEL 3	
falmina 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
femynor 0.25-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)	NIVEL 4	
hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring	NIVEL 3	
iclevia 0.15-0.03 mg tab	NIVEL 3	
introvale 0.15-0.03 mg tab	NIVEL 3	
isibloom 0.15-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	
trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	NIVEL 3	
turqoz 0.3-30 mg-mcg tab	NIVEL 3	
valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
VALTYA 1/50 1-50 MG-MCG TAB	NIVEL 3	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	NIVEL 3	
vestura 3-0.02 mg tab	NIVEL 3	
vienva 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 3	
viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	NIVEL 3	
volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	NIVEL 3	
vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
vylibra 0.25-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
wera 0.5-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	NIVEL 3	
xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	NIVEL 3	
xulane 150-35 mcg/24hr patch wk	NIVEL 3	
yuvafem 10 mcg tab	NIVEL 3	
zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk	NIVEL 3	
zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	NIVEL 3	
zumandimine 3-0.03 mg tab	NIVEL 3	
MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS		
OSPHENA 60 MG TAB	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
raloxifene hcl 60 mg tab	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROGESTINAS		
camila 0.35 mg tab	NIVEL 3	
deblitane 0.35 mg tab	NIVEL 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	
emzahh 0.35 mg tab	NIVEL 3	
errin 0.35 mg tab	NIVEL 3	
gallifrey 5 mg tab	NIVEL 2	
heather 0.35 mg tab	NIVEL 3	
incassia 0.35 mg tab	NIVEL 3	
jencycla 0.35 mg tab	NIVEL 3	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	NIVEL 3	
lyleq 0.35 mg tab	NIVEL 3	
lyza 0.35 mg tab	NIVEL 3	
medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)	NIVEL 3	
megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
meleya 0.35 mg tab	NIVEL 3	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	NIVEL 3	
nora-be 0.35 mg tab	NIVEL 3	
norethindrone 0.35 mg tab	NIVEL 3	
norethindrone acetate 5 mg tab	NIVEL 2	
norlyda 0.35 mg tab	NIVEL 3	
norlyroc 0.35 mg tab	NIVEL 3	

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
orquidea 0.35 mg tab	NIVEL 3	
progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)	NIVEL 2	
sharobel 0.35 mg tab	NIVEL 3	
tulana 0.35 mg tab	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	
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)	NIVEL 2	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	
dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	NIVEL 2	
methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)	NIVEL 2	
methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)	NIVEL 4	
methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln	NIVEL 4	

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
prednisolone 15 mg/5ml solution	NIVEL 2	
prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 5 mg/5ml solution, 6.7 (5 base) mg/5ml solution)	NIVEL 2	
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)	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)		
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)	NIVEL 1	
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)	NIVEL 3	
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)	NIVEL 1	

HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS)

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	NIVEL 3	
liothyronine sodium (25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab)	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	
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)	NIVEL 3	

HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

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

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
sajazir 30 mg/3ml soln prsyr	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
INMUNOESTIMULANTES		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
INMUNOGLOBULINAS		
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA
INMUNOLÓGICOS, OTROS		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA
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

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 MG TAB THPK	NIVEL 5	PA, QL (41 PER 28 DAYS)
RIDAURA 3 MG CAP	NIVEL 3	
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (12 ML PER 1 DAYS)
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREF SY KT	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	NIVEL 5	PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	NIVEL 5	PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 55 MG/0.37ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (2.22 ML PER 365 OVER TIME)

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
STELARA 45 MG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
tofacitinib citrate (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
tofacitinib citrate 1 mg/ml solution	NIVEL 5	PA, QL (300 ML PER 30 DAYS)
tofacitinib citrate er (11 mg tab er 24h, 22 mg tab er 24h)	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
USTEKINUMAB 45 MG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (0.5 ML 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)
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

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg/ml solution)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)	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
everolimus (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
everolimus 0.25 mg tab	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
gengraf (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)	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)
leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
METHOTREXATE SODIUM (250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium 2.5 mg tab	NIVEL 2	
mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 500 mg recon soln)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
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)
sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION

INMUNOLÓGICOS

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

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	
PEDVAXHIB 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

INMUNOLÓGICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	QL (1 ML PER 365 DAYS), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
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		
carisoprodol 350 mg tab	NIVEL 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)

MIORRELAJANTES

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
cyclobenzaprine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	PA
methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)	NIVEL 3	PA
vanadom 350 mg tab	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		
azelastine hcl 0.05 % solution	NIVEL 2	
cromolyn sodium 4 % solution	NIVEL 2	
OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	
erythromycin 5 mg/gm ointment	NIVEL 2	
GENTAK 0.3 % OINTMENT	NIVEL 2	
gentamicin sulfate 0.3 % solution	NIVEL 2	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	NIVEL 3	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	NIVEL 2	
moxifloxacin hcl 0.5 % solution	NIVEL 3	
NATACYN 5 % SUSPENSION	NIVEL 3	
ofloxacin 0.3 % solution	NIVEL 2	
polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution	NIVEL 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	NIVEL 3	
sulfacetamide sodium 10 % solution	NIVEL 2	

OFTÁLMICOS

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

OFTÁLMICOS

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

OFTÁLMICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution	NIVEL 3	
loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension	NIVEL 3	
neo-polycin 3.5-400-10000 ointment	NIVEL 2	
neo-polycin hc 1 % ointment	NIVEL 2	
neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)	NIVEL 2	
neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	NIVEL 4	
polycin 500-10000 unit/gm ointment	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	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	NIVEL 2	
XDEMVY 0.25 % SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	NIVEL 3	

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIDIABÉTICOS		
acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	
dapagliflozin base-metformin er (10-1000 mg tab er 24h, 10-500 mg tab er 24h, 5-500 mg tab er 24h)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dapagliflozin base-metformin er 5-1000 mg tab er 24h	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	NIVEL 1	
glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 1	
glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	NIVEL 1	
glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	NIVEL 1	
glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	NIVEL 1	
glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	NIVEL 1	
glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	NIVEL 1	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUVIA (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
metformin hcl (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)	NIVEL 1	
metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)	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)
nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)	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 (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	NIVEL 1	
pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)	NIVEL 1	QL (1 PER 1 DAYS)
pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)	NIVEL 1	
repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 1	
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er (100-1000 mg tab er 24h, 50-500 mg tab er 24h)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er 50-1000 mg tab er 24h	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
sitagliptin phos-metformin hcl (50-1000 mg tab, 50-500 mg tab)	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR 2.5-1000 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)
diazoxide 50 mg/ml suspension	NIVEL 5	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	NIVEL 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
glucagon emergency (1 mg recon soln, 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	

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	NIVEL 3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
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	

REGULADORES DE LA GLUCEMIA

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (40 PER 30 DAYS)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (45 PER 30 DAYS)
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)

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)
dalfampridine er 10 mg tab er 12h	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
dimethyl fumarate 120 mg cap dr	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
dimethyl fumarate 240 mg cap dr	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
fingolimod hcl 0.5 mg cap	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
glatopa 20 mg/ml soln prsyr	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatopa 40 mg/ml soln prsyr	NIVEL 5	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)	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
duloxetine hcl 20 mg cp dr part	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
duloxetine hcl 30 mg cp dr part	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
duloxetine hcl 40 mg cp dr part	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
duloxetine hcl 60 mg cp dr part	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	NIVEL 3	QL (3 PER 1 DAYS)
pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
pregabalin 20 mg/ml solution	NIVEL 3	QL (30 PER 1 DAYS)
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
riluzole 50 mg tab	NIVEL 3	
tetrabenazine 12.5 mg tab	NIVEL 4	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
tetrabenazine 25 mg tab	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VEOZAH 45 MG TAB	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS ANFETAMÍNICOS CONTRA EL		
amphetamine-dextroamphet er (10 mg cap er 24h, 15 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 25 mg cap er 24h, 30 mg cap er 24h, 5 mg cap er 24h)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine (10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab	NIVEL 2	QL (5 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 15 mg tab	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 20 mg tab	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 30 mg tab	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)

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		
atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)	NIVEL 3	QL (4 PER 1 DAYS)
atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
atomoxetine hcl 40 mg cap	NIVEL 3	QL (2 PER 1 DAYS)
dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
guanfacine hcl er (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)	NIVEL 4	QL (3 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg chew tab	NIVEL 4	QL (6 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg tab	NIVEL 2	QL (6 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl 20 mg tab	NIVEL 2	QL (3 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl 5 mg tab	NIVEL 2	QL (12 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er 10 mg tab er	NIVEL 3	QL (6 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er 20 mg tab er	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 PADS 70 % PAD	NIVEL 2	

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALCOHOL PREP PAD	NIVEL 2	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	NIVEL 2	
ALCOHOL SWABS 70 % PAD	NIVEL 2	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	NIVEL 2	
AQ INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
AQINJECT PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
ARGYLE STERILE WATER SOLUTION	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	
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 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	

Puede encontrar información sobre qué 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
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	NIVEL 2	
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (27G 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)	NIVEL 3	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (30G X 8 MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	NIVEL 3	
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	NIVEL 2	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2" PAD	NIVEL 2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 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 AUTOPROTECT DUO (X 4 MM MISC, X 5 MM MISC, X 8 MM MISC)	NIVEL 3	

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

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

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (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	
gauze pads 2	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	

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM MISC	NIVEL 3	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
lactated ringers solution	NIVEL 2	
methergine 0.2 mg tab	NIVEL 4	
methylergonovine maleate 0.2 mg tab	NIVEL 4	
novofine 32g x 6 mm misc	NIVEL 3	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (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 ALCOHOL 70 % PAD	NIVEL 2	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	NIVEL 3	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (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	
ringers irrigation solution	NIVEL 2	

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	NIVEL 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
sterile water for irrigation solution	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	
tis-u-sol solution	NIVEL 2	
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
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 (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 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	

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 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	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (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 6 MM MISC, 34G X 3.5 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 (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, 30G X 5/16" 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	
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR 29G X 1/2" 1 ML MISC	NIVEL 3	
VOWST CAP	NIVEL 5	PA, LA, QL (12 PER 30 OVER TIME)
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)
alyq 20 mg tab	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
bosentan (125 mg tab, 62.5 mg tab)	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
bosentan 32 mg tab sol	NIVEL 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
macitentan 10 mg tab	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
riociguat (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab)	NIVEL 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
sildenafil citrate 20 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
tadalafil (pah) 20 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (2 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 100 MCG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (420 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 150 MCG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (560 PER 28 DAYS)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	NIVEL 5	PA, LA, QL (200 PER 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)
ANTIHISTAMÍNICOS		
azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)	NIVEL 2	QL (30 PER 25 DAYS)
cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)	NIVEL 2	
cyproheptadine hcl 4 mg tab	NIVEL 3	PA
hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	PA

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
hydroxyzine pamoate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	NIVEL 4	PA
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab	NIVEL 1	
promethazine hcl (12.5 mg/10ml solution, 6.25 mg/5ml solution)	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 HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL, 50 MCG/ACT AEROSOL)	NIVEL 3	QL (13 PER 30 DAYS)
budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
QVAR REDIHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	NIVEL 3	QL (21.2 PER 30 DAYS)
ANTILEUCOTRIENOS		
montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
montelukast sodium 10 mg tab	NIVEL 1	QL (1 PER 1 DAYS)
zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BRONCODILATADORES, ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 4	QL (25.8 GM PER 30 DAYS)
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.02 % solution	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ipratropium bromide 0.03 % solution	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.06 % solution	NIVEL 2	QL (45 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	NIVEL 3	QL (4 PER 30 DAYS)
tiotropium bromide 18 mcg cap	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
BRONCODILATADORES, SIMPATICOMIMÉTICOS		
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	NIVEL 2	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	NIVEL 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)	NIVEL 2	QL (36 PER 30 DAYS)
albuterol sulfate ((2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln)	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)	NIVEL 4	
albuterol sulfate (2 mg/5ml syrup, 8 mg/20ml syrup)	NIVEL 2	
albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln	NIVEL 2	QL (36 PER 30 DAYS)

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	NIVEL 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	NIVEL 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
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)	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		
cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA		
nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)	NIVEL 5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
pirfenidone 801 mg tab	NIVEL 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
KALYDECO (13.4 MG PACKET, 150 MG TAB, 25 MG PACKET, 5.8 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET)	NIVEL 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
tobramycin 300 mg/4ml nebu soln	NIVEL 5	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
tobramycin 300 mg/5ml nebu soln	NIVEL 5	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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		
roflumilast 250 mcg tab	NIVEL 4	QL (28 PER 180 OVER TIME)
roflumilast 500 mcg tab	NIVEL 4	QL (1 PER 1 DAYS)
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)	NIVEL 3	
TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)	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)
breyna (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)	NIVEL 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (10.7 GM PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	NIVEL 3	QL (10.7 PER 30 DAYS)
budesonide-formoterol fumarate (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)	NIVEL 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 4	QL (4 PER 30 DAYS)
flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution	NIVEL 2	QL (50 PER 30 DAYS)

TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
fluticasone propionate 50 mcg/act suspension	NIVEL 2	QL (16 PER 30 DAYS)
fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)	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)
ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution	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)
wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ARALAST NP (1000 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
betaine powder	NIVEL 5	
carglumic acid 200 mg tab sol	NIVEL 5	PA, LA

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

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
l-glutamine 5 gm packet	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
levocarnitine 330 mg tab	NIVEL 2	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	NIVEL 5	PA
REVCOVI 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA
sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)	NIVEL 5	PA
sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)	NIVEL 5	PA
ZENPEP (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	

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		
eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)	NIVEL 3	QL (1 PER 1 DAYS)
ramelteon 8 mg tab	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
tasimelteon 20 mg cap	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
temazepam 15 mg cap	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
temazepam 30 mg cap	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
triazolam 0.125 mg tab	NIVEL 4	QL (4 PER 1 DAYS)
triazolam 0.25 mg tab	NIVEL 4	QL (2 PER 1 DAYS)
zaleplon 10 mg cap	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
zaleplon 5 mg cap	NIVEL 2	QL (4 PER 1 DAYS)
zolpidem tartrate 10 mg tab	NIVEL 2	QL (1 PER 1 DAYS)
zolpidem tartrate 5 mg tab	NIVEL 2	QL (2 PER 1 DAYS)
EUGEROICOS		
armodafinil (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
modafinil 100 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
modafinil 200 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
sodium oxybate 500 mg/ml solution	NIVEL 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

ÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ÓTICOS		
acetic acid 2 % solution	NIVEL 2	
ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	NIVEL 4	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	

ÓTICOS

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DERMOTIC 0.01 % OIL	NIVEL 3	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution	NIVEL 3	
neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)	NIVEL 2	
ofloxacin 0.3 % solution	NIVEL 2	

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.

A

abacavir sulfate . . . 60
abacavir sulfate-lamivudine . . . 61
ABELCET . . . 27
ABILIFY MAINTENA . . . 52
abiraterone acetate . . . 31
abirtega . . . 31
ABRYSVO . . . 110
acamprosate calcium . . . 7
acarbose . . . 117
accutane . . . 74
acebutolol hcl . . . 65
acetaminophen-codeine . . . 1
acetazolamide . . . 68
acetazolamide er . . . 115
acetic acid . . . 139
acetylcysteine . . . 136
acitretin . . . 74
ACTHIB . . . 110
ACTIMMUNE . . . 105
acyclovir . . . 58,75
acyclovir sodium . . . 58
ADACEL . . . 110
adefovir dipivoxil . . . 57
ADEMPAS . . . 132
ADVAIR HFA . . . 136
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE . . . 124
afirmelle . . . 93
AIMOVIG . . . 29
ak-poly-bac . . . 115
AKEEGA . . . 33
ala-cort . . . 76
albendazole . . . 48
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair) . . . 134
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair) . . . 134
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil) . . . 134
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin) . . . 134
albuterol sulfate . . . 134
albuterol sulfate hfa . . . 134
alclometasone dipropionate . . . 76
ALCOHOL 70% PADS . . . 124
ALCOHOL PADS . . . 124
ALCOHOL PREP . . . 125
ALCOHOL PREP PADS . . . 125
ALCOHOL SWABS . . . 125
ALCOHOL SWABSTICK . . . 125
alcohol wipes . . . 78
ALDURAZYME . . . 137
ALECENSA . . . 35
alendronate sodium . . . 83
ALENDRONATE SODIUM . . . 83
alfuzosin hcl er . . . 87
aliskiren fumarate . . . 68
allopurinol . . . 28
alosetron hcl . . . 84
alprazolam . . . 6
altavera . . . 93
ALUNBRIG . . . 35
alyacen 1/35 . . . 93
alyacen 7/7/7 . . . 93
alyq . . . 132
amantadine hcl . . . 50
ambrisentan . . . 132
amethia . . . 93
amikacin sulfate . . . 8
amiloride hcl . . . 72
amiloride-hydrochlorothiazide . . . 68
amiodarone hcl . . . 64
amitriptyline hcl . . . 24
amlodipine besy-benazepril hcl . . . 68
amlodipine besylate . . . 66
amlodipine besylate-valsartan . . . 68
amlodipine-atorvastatin . . . 68
amlodipine-olmesartan . . . 68
amlodipine-valsartan-hctz . . . 69

ammonium lactate 76
amnesteem 75
amoxapine 24
amoxicillin 11
amoxicillin trihydrate 11
amoxicillin-pot clavulanate 11
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 11
amoxicillin-pot clavulanate er 12
amphetamine-dextroamphet er 123
amphetamine-dextroamphetamine 123
AMPHOTERICIN B 27
amphotericin b liposome 27
ampicillin 12
ampicillin sodium 12
ampicillin-sulbactam sodium 12
anagrelide hcl 89
anastrozole 35
ANORO ELLIPTA 136
apraclonidine hcl 115
aprepitant 25
apri 93
APTIVUS 59
AQ INSULIN SYRINGE 125
AQINJECT PEN NEEDLE 125
ARALAST NP 137
ARANELLE 93
ARANESP (ALBUMIN FREE) 89
ARCALYST 105
AREXVY 110
ARGYLE STERILE WATER 125
ARIKAYCE 8
aripiprazole 52
armodafinil 139
ARNUITY ELLIPTA 133
asenapine maleate 52
ashlyna 93
ASMANEX (120 METERED DOSES) 133
ASMANEX (14 METERED DOSES) 133
ASMANEX (30 METERED DOSES) 133
ASMANEX (60 METERED DOSES) 133
ASMANEX HFA 133
aspirin-dipyridamole er 90
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 125
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 125
atazanavir sulfate 59
atenolol 65
atenolol-chlorthalidone 69
atomoxetine hcl 124
atorvastatin calcium 71
atovaquone 48
atovaquone-proguanil hcl 48
atropine sulfate 115
ATROVENT HFA 134
aubra 93
aubra eq 93
AUGTYRO 33
AUM ALCOHOL PREP PADS 125
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE 125
AUM PEN NEEDLE 125
AURANOFIN 105
aurovela 1.5/30 93
aurovela 1/20 93
aurovela fe 1.5/30 93
aurovela fe 1/20 93
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE 125
AUVELITY 21
AUVELITY TITRATION PACK 21
aviane 93
avidoxy 14
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 34
ayuna 93
AYVAKIT 35
azathioprine 107
AZATHIOPRINE SODIUM 108
azelastine hcl 113,132
azithromycin 13
AZITHROMYCIN 13
aztreonam 8
azurette 93

B

bac (butalbital-acetamin-caff) 123
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 115
BACITRACIN 113
BACITRACIN-POLYMYXIN B 115
baclofen 26
balsalazide disodium 82
BALVERSA 35
balziva 93
BAQSIMI ONE PACK 119
BAQSIMI TWO PACK 119
BARACLUDE 57
BCG VACCINE 110
BD INSULIN SYRINGE 125
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC 125
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC 125
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC 125
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC 125
benazepril hcl 73
benazepril-hydrochlorothiazide 69
BENLYSTA 105
BENZNIDAZOLE 48
benzoyl peroxide-erythromycin 75
benztropine mesylate 50
BESIVANCE 13
BESREMI 105
BESREMI PEN 33
betaine 137
betamethasone dipropionate 76
betamethasone dipropionate aug 76
betamethasone valerate 76
BETASERON 122
betaxolol hcl 65,114
bethanechol chloride 87
bexarotene 48
BEXSERO 110
bicalutamide 31
BICILLIN L-A 12
BIKTARVY 58
BILDYOS 83
BILPREVDA 83
bimatoprost 114
bisoprolol fumarate 65
bisoprolol-hydrochlorothiazide 69
BIXLENVO 58
blisovi fe 1.5/30 93
blisovi fe 1/20 93
BOOSTRIX 110
bosentan 132
BOSULIF 35
bosutinib 36
BRAFTOVI 36
BREO ELLIPTA 136
breyna 136
BREZTRI AEROSPHERE 136
briellyn 93
brimonidine tartrate 115
brimonidine tartrate-timolol 115
brinzolamide 115
brivaracetam 15
bromocriptine mesylate 49
BRUKINSA 36
budesonide 82,133
budesonide er 82
budesonide-formoterol fumarate 136
bumetanide 72
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) 22
buspirone hcl 5
butalbital-apap-caffeine 123

butalbital-aspirin-caffeine . . . 3
butorphanol tartrate . . . 1
BYSANTI . . . 53
BYSANTI TITRATION PACK A . . . 53
BYSANTI TITRATION PACK B . . . 53
BYSANTI TITRATION PACK C . . . 53

C

CABENUVA . . . 62
cabergoline . . . 91
CABOMETYX . . . 36
calcipotriene . . . 78
calcitonin (salmon) . . . 83
calcitrene . . . 78
calcitriol . . . 83
CALCITRIOL . . . 83
calcium acetate (phos binder) . . . 79
CALQUENCE . . . 36
camila . . . 101
camrese . . . 93
camrese lo . . . 94
candesartan cilexetil . . . 64
candesartan cilexetil-hctz . . . 69
CAPLYTA . . . 53
CAPRELSA . . . 36
captopril . . . 73
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE . . . 69
carbamazepine . . . 17
carbamazepine er . . . 17
carbidopa . . . 50
carbidopa-levodopa . . . 50,51
carbidopa-levodopa er . . . 51
carbidopa-levodopa-entacapone . . . 50
CARETOUCH ALCOHOL PREP . . . 126
carglumic acid . . . 137
carisoprodol . . . 112
CARTEOLOL HCL . . . 114
cartia xt . . . 67
carvedilol . . . 66
cataflam . . . 3
CAYSTON . . . 8
CEFACLOR . . . 10
cefadroxil . . . 10
cefazolin sodium . . . 10
cefdinir . . . 10
cefepime hcl . . . 10
cefixime . . . 10
cefoxitin sodium . . . 10
CEFPODOXIME PROXETIL . . . 10
cefprozil . . . 11
ceftaroline fosamil . . . 11
CEFTAZIDIME . . . 11
ceftriaxone sodium . . . 11
cefuroxime axetil . . . 11
cefuroxime sodium . . . 11
celecoxib . . . 3
cephalexin . . . 11
cetirizine hcl . . . 132
cevimeline hcl . . . 63
chateal . . . 94
chateal eq . . . 94
chlorhexidine gluconate . . . 63
chloroquine phosphate . . . 48
chlorpromazine hcl . . . 51
chlorthalidone . . . 73
cholestyramine . . . 71
cholestyramine light . . . 71
ciclodan . . . 75
ciclopirox . . . 75
ciclopirox olamine . . . 75
cilostazol . . . 90
CILOXAN . . . 14
CIMDUO . . . 61
cimetidine . . . 84
cinacalcet hcl . . . 83
ciprofloxacin . . . 14
ciprofloxacin hcl . . . 14
ciprofloxacin in d5w . . . 14
ciprofloxacin-dexamethasone . . . 139
citalopram hydrobromide . . . 22,23

claravis . . . 75
CLARITHROMYCIN . . . 13
clarithromycin . . . 13
clarithromycin er . . . 13
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS . . . 126
clindamycin hcl . . . 8
clindamycin palmitate hcl . . . 8
clindamycin phos (once-daily) . . . 75
clindamycin phos (twice-daily) . . . 75
clindamycin phos-benzoyl perox . . . 75
clindamycin phosphate . . . 8,75
clindamycin phosphate in d5w . . . 8
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL . . . 9
clobazam . . . 18
clobetasol prop emollient base . . . 76
clobetasol propionate . . . 76
clomipramine hcl . . . 24
clonazepam . . . 6
clonidine . . . 63
clonidine hcl . . . 64
clopidogrel bisulfate . . . 90
clorazepate dipotassium . . . 6
clotrimazole . . . 27
clotrimazole-betamethasone . . . 78
clozapine . . . 52
COARTEM . . . 49
COBENFY . . . 51
COBENFY STARTER PACK . . . 51
CODEINE SULFATE . . . 1
codeine sulfate . . . 1
colchicine . . . 28
colchicine-probenecid . . . 28
colesevelam hcl . . . 71
colestipol hcl . . . 71
colistimethate sodium (cba) . . . 9
COMBIVENT RESPIMAT . . . 136
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) . . . 36
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) . . . 36
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) . . . 36
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE . . . 126
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES . . . 126
compro . . . 25
constulose . . . 85
COPIKTRA . . . 36
CORLANOR . . . 69
CORTIFOAM . . . 82
CORTISONE ACETATE . . . 102
CORTISPORIN-TC . . . 139
COSENTYX . . . 105
COSENTYX (300 MG DOSE) . . . 106
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) . . . 106
COSENTYX SENSOREADY PEN . . . 106
COSENTYX UNOREADY . . . 106
COTELLIC . . . 37
CREON . . . 138
CRESEMBA . . . 27
cromolyn sodium . . . 85,113,135
cryselle . . . 94
cryselle-28 . . . 94
CVS ALCOHOL PREP PADS . . . 126
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE . . . 126
cvs isopropyl alcohol wipes . . . 78
cyclobenzaprine hcl . . . 113
CYCLOPHOSPHAMIDE . . . 30
cyclosporine . . . 108
cyclosporine modified . . . 108
cyproheptadine hcl . . . 132
cyred . . . 94
cyred eq . . . 94

D

dabigatran etexilate mesylate . . . 87
dalfampridine er . . . 122
danazol . . . 92
dantrolene sodium . . . 26
dapagliflozin base-metformin er . . . 117
dapagliflozin . . . 73
dapsone . . . 30
DAPTACEL . . . 110
daptomycin . . . 9

darunavir 59
dasatinib 37
dasetta 1/35 94
dasetta 7/7/7 94
DAURISMO 37
daysee 94
deblitane 101
deferasirox 79
DELSTRIGO 60
delyla 94
DENGVAXIA 110
DEPO-SUBQ PROVERA 104 101
depo-testosterone 92
DERMOTIC 140
DESCOVY 61
desipramine hcl 24
desmopressin ace spray refrig 92
desmopressin acetate 92
desmopressin acetate pf 92
desmopressin acetate spray 92
desogestrel-ethinyl estradiol 94
desonide 76
desoximetasone 76
desvenlafaxine succinate er 23
dexamethasone 102
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID . . . 102
dexamethasone sod phosphate pf 102
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 102,114
dexmethylphenidate hcl 124
dextroamphetamine sulfate 123
dextrose 80
dextrose in lactated ringers 80
DEXTROSE-NACL 80
dextrose-sodium chloride 80
DIACOMIT 15
diazepam 6,19
diazepam intensol 6
diazoxide 119
diclofenac potassium 3
diclofenac sodium 3,4,114
diclofenac sodium er 4
dicloxacillin sodium 12
dicyclomine hcl 84
DIFICID 13
diflunisal 4
difluprednate 114
digitek 64
digox 64
digoxin 64
dihydroergotamine mesylate 29
DILANTIN 17
dilt-xr 67
diltiazem hcl 67
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule 67
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule 67
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule 67
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule 67
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule 67
diltiazem hcl er 67
diltiazem hcl er beads 67
dimethyl fumarate 122
dimethyl fumarate starter pack 122
diphenoxylate-atropine 84
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 84
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT 110
dipyridamole 90
disulfiram 7
divalproex sodium 15
divalproex sodium er 15
dofetilide 64
donepezil hcl 20
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg 21

donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg 21
dorzolamide hcl 115
dorzolamide hcl-timolol mal 115
dorzolamide hcl-timolol mal pf 116
dotti 94
DOVATO 58
doxazosin mesylate 65
doxepin hcl 24
doxercalciferol 83
doxy 100 14
doxycycline hyclate 14,15
doxycycline monohydrate 15
DRIZALMA SPRINKLE 122
dronabinol 26
DROPLET INSULIN SYRINGE 126
DROPLET MICRON 126
DROPLET PEN NEEDLES 126
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO 126
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE . . 127
drospirenone-ethinyl estradiol 94
DROXIA 138
droxidopa 64
duloxetine hcl 122
DUPIXENT 106
dutasteride 87
dutasteride-tamsulosin hcl 87

E

EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 127
EASY COMFORT PEN NEEDLES 127
EASY TOUCH INSULIN BARRELS 127
ec-naproxen 4
econazole nitrate 27
EDURANT PED 60
EFAVIRENZ 60
efavirenz 60
efavirenz-emtricitab-tenofo df 60
efavirenz-lamivudine-tenofovir 60
ELAPRASE 138
elinest 94
ELIQUIS 88
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 88
ELIQUIS (2 MG PACK) 88
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 88
eltrombopag olamine 89,90
eluryng 94
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 127
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 127
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 127
EMBECTA INSULIN SYRINGE 127
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 127
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 127
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F 127
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 128
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN . . . 128
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 128
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 128
EMBRACE PEN NEEDLES 128
EMGALITY 29
EMGALITY (300 MG DOSE) 29
EMSAM 22
emtricitab-rilpivir-tenofov df 60
emtricitabine 61
emtricitabine-tenofovir df 61
EMTRIVA 61
emzahh 101
enalapril maleate 73
enalapril-hydrochlorothiazide 69
ENBREL 108
ENBREL MINI 108
ENBREL SURECLICK 108
endocet 1
ENGERIX-B 110
enilloring 94
enoxaparin sodium 88
enpresse-28 94
ENSACOVE 34
enskyce 94
entacapone 50

entecavir 57
ENTRESTO 69
enulose 85
ENVARSUS XR 108
EPIDIOLEX 15
epinephrine 135
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK) 135
epitol 17
EPIVIR HBV 57
eplerenone 72
ERGOLOID MESYLATES 20
ERGOTAMINE-CAFFEINE 29
ERIVEDGE 37
ERLEADA 31
erlotinib hcl 37
errin 101
ertapenem sodium 12
ERY 76
erythrocin lactobionate 13
erythromycin 76,113
erythromycin base 13
erythromycin ethylsuccinate 13
erythromycin lactobionate 13
ERZOFRI 53
escitalopram oxalate 23
eslicarbazepine acetate 17
esomeprazole magnesium 86
estarylla 94
estradiol 94,95
estradiol valerate 95
ESTRING 95
estrogens conjugated 95
eszopiclone 139
ethambutol hcl 30
ethosuximide 20
ethynodiol diac-eth estradiol 95
etodolac 4
etodolac er 4
etonogestrel-ethinyl estradiol 95
etravirine 60
EUCRISA 76
EULEXIN 31
euthyrox 103
everolimus 37,108
EVOTAZ 59
exemestane 35
EXXUA 22
EXXUA TITRATION PACK 22
ezetimibe 71
ezetimibe-simvastatin 71

F

falmina 95
famciclovir 58
famotidine 84
FANAPT 53
FANAPT TITRATION PACK A 53
FANAPT TITRATION PACK B 54
FANAPT TITRATION PACK C 54
FARXIGA 73
febuxostat 28
feirza 1.5/30 95
feirza 1/20 95
felbamate 16
felodipine er 66
femynor 95
fenofibrate 70
fenofibrate micronized 71
fenofibric acid 71
fentanyl 3
FETZIMA 23
FETZIMA TITRATION 23
FIASP 119
FIASP FLEXTOUCH 119
FIASP PENFILL 119
FIASP PUMPCART 119
fidaxomicin 13
finasteride 87
fingolimod hcl 122

FINTEPLA 16
flecainide acetate 65
fluconazole 27
fluconazole in sodium chloride 27
flucytosine 27
fludrocortisone acetate 102
flunisolide 136
fluocinolone acetonide 76,77
fluocinolone acetonide body 77
fluocinolone acetonide scalp 77
fluocinonide 77
fluocinonide emulsified base 77
fluorometholone 114
fluorouracil 78
fluoxetine hcl 23
FLUOXETINE HCL 23
fluphenazine decanoate 51
fluphenazine hcl 51
FLURBIPROFEN 4
FLURBIPROFEN SODIUM 114
FLUTAMIDE 31
fluticasone propionate 77,137
fluticasone-salmeterol 137
FLUTICASONE-SALMETEROL 137
fluvastatin sodium 71
fluvastatin sodium er 71
fluvoxamine maleate 23
FML 114
FML FORTE 114
fondaparinux sodium 88
fosamprenavir calcium 59
fosfomycin tromethamine 9
fosinopril sodium 73
fosinopril sodium-hctz 69
FOTIVDA 37
FRUZAQLA 33
FULPHILA 90
fulvestrant 32
FUROSEMIDE 72
furosemide 72
fyavolv 95

G

gabapentin 19
galantamine hydrobromide 21
galantamine hydrobromide er 21
gallifrey 101
GAMUNEX-C 105
GARDASIL 9 110
gauze pads 2 128
GAVILYTE-C 85
gavilyte-g 85
gavilyte-n with flavor pack 85
GAVRETO 37
gefitinib 37
gemfibrozil 71
GEMTESA 86
generlac 85
gengraf 108
GENTAK 113
gentamicin sulfate 8,113
GENVOYA 58
GILOTRIF 37
glatiramer acetate 122
glatopa 122
glimepiride 117
glipizide 117
glipizide er 117
glipizide xl 117
glipizide-metformin hcl 117
GLUCAGEN HYPOKIT 119
glucagon emergency 119
glyburide 117
GLYBURIDE MICRONIZED 117
glyburide-metformin 117
glycopyrrolate 84
GLYXAMBI 117
GNP PEN NEEDLES 128
GOMEKLI 38
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 128

granisetron hcl 26
griseofulvin microsize 27
griseofulvin ultramicrosize 27
guanfacine hcl 64
guanfacine hcl er 124

H

HADLIMA 108
HADLIMA PUSHTOUCH 108
HAEGARDA 104
hailey 1.5/30 95
hailey fe 1.5/30 95
hailey fe 1/20 95
halobetasol propionate 77
haloette 95
haloperidol 51
haloperidol decanoate 51
haloperidol lactate 51
HAVRIX 110
heather 101
heparin sodium (porcine) 88
heparin sodium (porcine) pf 88
HEPLISAV-B 110
HERNEXEOS 38
HIBERIX 110
HIZENTRA 105
HUMALOG 120
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 120
HUMALOG KWIKPEN 120
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 120
HUMALOG MIX 75/25 120
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 120
HUMULIN 70/30 120
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 120
HUMULIN N 120
HUMULIN N KWIKPEN 120
HUMULIN R 120
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) . . 120
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 120
hydralazine hcl 74
hydrochlorothiazide 73
hydrocodone-acetaminophen 1
hydrocortisone 77,82
hydrocortisone (perianal) 77
hydrocortisone butyrate 77
hydrocortisone-acetic acid 140
hydromorphone hcl 1
hydroxychloroquine sulfate 49
hydroxyurea 33
hydroxyzine hcl 132
hydroxyzine pamoate 133
HYRNUO 38

I

ibandronate sodium 83
IBRANCE 38
IBTROZI 38
ibu 4
ibuprofen 4
icatibant acetate 105
iclevia 95
ICLUSIG 38
icosapent ethyl 72
IDHIFA 38
IDVYNSO 62
ILEVRO 114
imatinib mesylate 38
IMBRUVICA 38,39
imipenem-cilastatin 13
imipramine hcl 24
imiquimod 78
IMKELDI 39
IMOVAX RABIES 110
IMPAVIDO 49
incassia 101
INCRELEX 92
INCRUSE ELLIPTA 134
indapamide 73
indomethacin 4
INFANRIX 111

INLURIYO 32
INLYTA 39
INQOVI 33
INREBIC 39
INSULIN ASPART 120
INSULIN ASPART FLEXPEN 120
INSULIN ASPART PENFILL 120
INSULIN LISPRO 121
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 120
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 121
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO 121
INSULIN PEN NEEDLES 128
INSULIN PEN NEEDLES 128
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 128
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 128
INSULIN SYRINGE 1 ML 128
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 128
INSUPEN PEN NEEDLES 128
INSUPEN32G EXTR3ME 129
INTELENCE 60
INTRALIPID 129
introvale 95
INVEGA HAFYERA 54
INVEGA SUSTENNA 54
INVEGA TRINZA 54
IPOL 111
ipratropium bromide 134
ipratropium-albuterol 137
irbesartan 64
irbesartan-hydrochlorothiazide 69
ISENTRESS 58
ISENTRESS HD 58
isibloom 95
isoniazid 30
isopropyl alcohol 78
isopropyl alcohol wipes 78
isosorbide dinitrate 74
isosorbide mononitrate 74
isosorbide mononitrate er 74
isotretinoin 75
isradipine 66
ITOVEBI 39
itraconazole 27
ivabradine hcl 69
ivermectin 48
IWILFIN 33
IXIARO 111

J

jaimiess 96
JAKAFI 39
JAKAFI XR 39
jantoven 89
JANUVIA 117
JARDIANCE 74
jasmiel 96
JAYPIRCA 39
jencycla 101
JENTADUETO 117
JENTADUETO XR 117
JIDEYTRO 39
jinteli 96
jolessa 96
joyeaux 96
JUBBONTI 83
juleber 96
JULUCA 58
junel 1.5/30 96
junel 1/20 96
junel fe 1.5/30 96
junel fe 1/20 96
JYNNEOS 111

K

KALETRA 59
kalliga 96
KALYDECO 135
kariva 96
kcl in dextrose-nacl 80
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 80

kelnor 1/35 . . . 96
kelnor 1/50 . . . 96
KERENDIA . . . 118
ketoconazole . . . 27
ketorolac tromethamine . . . 114
KINRIX . . . 111
kionex . . . 80
KISQALI (200 MG DOSE) . . . 39
KISQALI (400 MG DOSE) . . . 40
KISQALI (600 MG DOSE) . . . 40
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) . . . 40
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) . . . 40
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) . . . 40
klayesta . . . 27
klor-con . . . 80
klor-con 10 . . . 80
klor-con m10 . . . 80
klor-con m15 . . . 80
klor-con m20 . . . 81
KLOXXADO . . . 7
KOMZIFTI . . . 40
KOSELUGO . . . 40
kourzeq . . . 63
KRAZATI . . . 40
kurvelo . . . 96

L

l-glutamine . . . 138
labetalol hcl . . . 66
lacosamide . . . 17
lactated ringers . . . 81,129
lactulose . . . 85
lactulose encephalopathy . . . 85
LAGEVRIO . . . 62
lamivudine . . . 57,61
lamivudine-zidovudine . . . 61
lamotrigine . . . 16
lansoprazole . . . 86
LANTUS . . . 121
LANTUS SOLOSTAR . . . 121
lapatinib ditosylate . . . 40
larin 1.5/30 . . . 96
larin 1/20 . . . 96
larin fe 1.5/30 . . . 96
larin fe 1/20 . . . 96
larissia . . . 96
latanoprost . . . 114
LAZCLUZE . . . 34
LEDERLE LEUCOVORIN . . . 33
leena . . . 96
leflunomide . . . 108
lenalidomide . . . 32
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) . . . 40
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) . . . 40
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) . . . 41
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) . . . 41
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) . . . 41
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) . . . 41
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) . . . 41
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) . . . 41
lessina . . . 96
letrozole . . . 35
leucovorin calcium . . . 33
LEUKERAN . . . 31
leuprolide acetate . . . 91
levalbuterol hcl . . . 135
LEVALBUTEROL TARTRATE . . . 135
levetiracetam . . . 16
levetiracetam er . . . 16
levo-t . . . 103
LEVOBUNOLOL HCL . . . 115
levocarnitine . . . 138
levocetirizine dihydrochloride . . . 133
levofloxacin . . . 14
LEVOFLOXACIN . . . 113
levofloxacin in d5w . . . 14
levonest . . . 96
levonorg-eth estrad triphasic . . . 96
levonorgest-eth estrad 91-day . . . 96,97
levonorgest-eth estradiol-iron . . . 97

levonorgestrel-ethinyl estrad . . . 97
levora 0.15/30 (28) . . . 97
levothyroxine sodium . . . 103
levoxyl . . . 104
LEXIVA . . . 59
lidocaine . . . 5
lidocaine hcl . . . 5
lidocaine viscous hcl . . . 5
lidocaine-prilocaine . . . 5
lidocan . . . 5
LIFYORLI (125 MG DOSE) . . . 41
LIFYORLI (150 MG DOSE) . . . 41
LILETTA (52 MG) . . . 101
lillow . . . 97
lincomycin hcl . . . 9
linezolid . . . 9
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE . . . 9
LINZESS . . . 85
liothyronine sodium . . . 104
lisinopril . . . 73
lisinopril-hydrochlorothiazide . . . 69
lithium . . . 63
lithium carbonate . . . 63
lithium carbonate er . . . 63
LIVTENCITY . . . 56
lo-zumandimine . . . 97
loestrin 1.5/30 (21) . . . 97
loestrin 1/20 (21) . . . 97
loestrin fe 1.5/30 . . . 97
loestrin fe 1/20 . . . 97
lojaimiess . . . 97
LOKELMA . . . 80
lomustine . . . 31
LONSURF . . . 33
loperamide hcl . . . 84
lopinavir-ritonavir . . . 59
lorazepam . . . 6
lorazepam intensol . . . 6
LORBRENA . . . 41
loryna . . . 97
losartan potassium . . . 64
losartan potassium-hctz . . . 69
loteprednol-tobramycin . . . 116
lovastatin . . . 71
low-ogestrel . . . 97
loxapine succinate . . . 52
lubiprostone . . . 85
luizza 1.5/30 . . . 97
luizza 1/20 . . . 97
LUMAKRAS . . . 41
LUMIGAN . . . 114
LUPRON DEPOT (1-MONTH) . . . 91
LUPRON DEPOT (3-MONTH) . . . 91
LUPRON DEPOT (4-MONTH) . . . 91
LUPRON DEPOT (6-MONTH) . . . 91
lurasidone hcl . . . 55
lutera . . . 97
LYBALVI . . . 22
lyleq . . . 101
lyllana . . . 97
LYNPARZA . . . 41
LYSODREN . . . 34
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) . . . 42
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) . . . 42
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) . . . 42
lyza . . . 101

M

M-M-R II . . . 111
macitentan . . . 132
magnesium sulfate . . . 81
malathion . . . 79
maraviroc . . . 62
marlissa . . . 97
MARPLAN . . . 22
MATULANE . . . 31
matzim la . . . 67
MAVYRET . . . 57
meclizine hcl . . . 25
medpura alcohol pads . . . 78

medroxyprogesterone acetate 101
mefloquine hcl 49
megestrol acetate 101
MEKINIST 42
MEKTOVI 42
meleya 101
meloxicam 4
memantine hcl 20
memantine hcl er 20
MENACTRA 111
MENEST 97
MENQUADFI 111
MENVEO 111
mercaptopurine 32
meropenem 13
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE 13
mesalamine 82
mesalamine er 82
mesna 34
metformin hcl 118
metformin hcl er 118
methadone hcl 3
methazolamide 115
methenamine hippurate 9
methergine 129
methimazole 104
methocarbamol 113
METHOTREXATE SODIUM 108
methotrexate sodium 109
methotrexate sodium (pf) 109
METHOXSALEN RAPID 78
methscopolamine bromide 84
methsuximide 20
METHYLDOPA 64
methylergonovine maleate 129
methylphenidate hcl 124
methylphenidate hcl er 124
methylprednisolone 102
methylprednisolone acetate 102
methylprednisolone sodium succ 102
metoclopramide hcl 25
metolazone 73
metoprolol succinate er 66
metoprolol tartrate 66
metoprolol-hydrochlorothiazide 69
metronidazole 9
metyrosine 70
mexiletine hcl 65
micafungin sodium 27
MICONAZOLE 3 27
microgestin 1.5/30 97
microgestin 1/20 97
microgestin fe 1.5/30 98
microgestin fe 1/20 98
midodrine hcl 64
mifepristone 91
mili 98
minocycline hcl 15
minoxidil 74
minzoya 98
mirtazapine 22
misoprostol 86
modafinil 139
MODEYSO 34
moexipril hcl 73
MOLINDONE HCL 52
mometasone furoate 77
mondoxyne nl 15
mono-linyah 98
montelukast sodium 133
morphine sulfate 2
morphine sulfate (concentrate) 2
morphine sulfate er 3
MOUNJARO 118
MOVANTIK 85
moxifloxacin hcl 14,113
MOXIFLOXACIN HCL 14
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 113
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL 14
MRESVIA 111

MULTAQ 65
mupirocin 76
mycophenolate mofetil 109
mycophenolate mofetil hcl 109
mycophenolate sodium 109
mycophenolic acid 109
myorisan 75
MYRBETRIQ 86

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf 85
nabumetone 4
nadolol 66
nafcillin sodium 12
nafrinse 81
NAGLAZYME 138
naloxone hcl 7
naltrexone hcl 7
naproxen 4
naproxen dr 4
naproxen sodium 4
naratriptan hcl 28
NATACYN 113
nateglinide 118
NAYZILAM 5
nebivolol hcl 66
necon 0.5/35 (28) 98
NEFAZODONE HCL 23
neo-polycin 116
neo-polycin hc 116
neomycin sulfate 8
neomycin-bacitracin zn-polymyx 116
neomycin-polymyxin-dexameth 116
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN . . 116
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 116
neomycin-polymyxin-hc 140
NERLYNX 42
nevirapine 60
NEVIRAPINE 60
NEVIRAPINE ER 60
nevirapine er 60
NEXPLANON 101
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 72
niacin er (antihyperlipidemic) 72
NIACOR 72
nicardipine hcl 66
NICOTROL 7
NICOTROL NS 7
nifedipine er 66
nifedipine er osmotic release 67
nikki 98
nilotinib hcl 42
nilutamide 31
nimodipine 67
NINLARO 42
nintedanib esylate 135
nitazoxanide 49
nitisinone 138
nitro-bid 74
nitrofurantoin macrocrystal 9
nitrofurantoin monohyd macro 9
nitroglycerin 74
NIVESTYM 90
NIZATIDINE 84
nora-be 101
norelgestromin-eth estradiol 98
norethin ace-eth estrad-fe 98
norethin-eth estradiol-fe 98
norethindrone 101
norethindrone acet-ethinyl est 98
norethindrone acetate 101
norethindrone-eth estradiol 98
norgestim-eth estrad triphasic 98
norgestimate-eth estradiol 98
norlyda 101
norlyroc 101
nortrel 0.5/35 (28) 98
nortrel 1/35 (21) 98
nortrel 1/35 (28) 98
nortrel 7/7/7 98

nortriptyline hcl 24,25
NORVIR 59
NovoFine 32G X 6 MM MISC 129
NOVOLIN R FLEXPEN 121
NOVOLIN R FLEXPEN RELION 121
NOVOLOG 121
NOVOLOG FLEXPEN 121
NOVOLOG FLEXPEN RELION 121
NOVOLOG PENFILL 121
NOVOLOG RELION 121
NUBEQA 31
NUPLAZID 55
NURTEC 29
NUTRILIPID 129
nyamyc 27
nylia 1/35 98
nylia 7/7/7 98
nymyo 99
nystatin 27,28
nystatin-triamcinolone 78
nystop 28

O

ocella 99
octreotide acetate 91
OCTREOTIDE ACETATE 91
ODEFSEY 60
ODOMZO 42
ofloxacin 113,140
OGSIVEO 42
OJEMDA 43
OJJAARA 34
olanzapine 55
olmesartan medoxomil 64
olmesartan medoxomil-hctz 70
olmesartan-amlodipine-hctz 70
omega-3-acid ethyl esters 72
omeprazole 86
OMNITROPE 85,92
ondansetron 26
ONDANSETRON HCL 26
ondansetron hcl 26
ONUREG 32
OPIPZA 55
OPVEE 129
oralone 63
ORGOVYX 91
orquidea 102
ORSERDU 31
oseltamivir phosphate 57
OSPHENA 100
OTEZLA 78,106
OTEZLA XR 78
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 106
oxaprozin 4
oxcarbazepine 17,18
oxybutynin chloride 86
oxybutynin chloride er 87
oxycodone hcl 2
oxycodone-acetaminophen 2
OZEMPIC 118
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 118
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 118
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 118

P

pacerone 65
paliperidone er 55
PANRETIN 48
pantoprazole sodium 86
paricalcitol 83
paroxetine hcl 23
PAROXETINE HCL 23
paroxetine hcl er 23
PAXLOVID (150/100) 62
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 62
PAXLOVID (300/100) 62
pazopanib hcl 43
PAZOPANIB HCL 43
PEDIARIX 111

PEDVAXHIB . . . 111
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl . . . 85
peg-3350/electrolytes . . . 85
PEGASYS . . . 105
PEMAZYRE . . . 43
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP . . . 129
PEN NEEDLES . . . 129
PENBRAYA . . . 129
penicillamine . . . 87
penicillin g potassium . . . 12
PENICILLIN G SODIUM . . . 12
penicillin v potassium . . . 12
PENMENVY . . . 111
PENTACEL . . . 111
pentamidine isethionate . . . 49
pentoxifylline er . . . 70
perampanel . . . 16
PERINDOPRIL ERBUMINE . . . 73
periogard . . . 63
permethrin . . . 79
perphenazine . . . 25
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE . . . 22
PERSERIS . . . 55
pfizerpen . . . 12
PHENELZINE SULFATE . . . 22
phenobarbital . . . 19
phenytek . . . 18
phenytoin . . . 18
phenytoin infatabs . . . 18
phenytoin sodium extended . . . 18
philith . . . 99
PIFELTRO . . . 60
pilocarpine hcl . . . 63,115
pimozide . . . 52
pimtrea . . . 99
pindolol . . . 66
pioglitazone hcl . . . 118
pioglitazone hcl-glimepiride . . . 118
pioglitazone hcl-metformin hcl . . . 118
piperacillin sod-tazobactam so . . . 12
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) . . . 43
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) . . . 43
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) . . . 43
pirfenidone . . . 135
PIRFENIDONE . . . 135
pirmella 1/35 . . . 99
pirmella 7/7/7 . . . 99
piroxicam . . . 5
PNV 27-CA/FE/FA . . . 81
podofilox . . . 78
polycin . . . 116
polymyxin b-trimethoprim . . . 113
pomalidomide . . . 32
portia-28 . . . 99
posaconazole . . . 28
potassium chloride . . . 81
potassium chloride crys er . . . 81
potassium chloride er . . . 81
potassium chloride in dextrose . . . 81
potassium chloride in nacl . . . 81
potassium citrate er . . . 81
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% . . . 81
pramipexole dihydrochloride . . . 49
prasugrel hcl . . . 90
pravastatin sodium . . . 71
praziquantel . . . 48
prazosin hcl . . . 65
prednisolone . . . 103
prednisolone acetate . . . 114
prednisolone sodium phosphate . . . 103
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE . . . 114
prednisone . . . 103
PREDNISONE . . . 103
PREDNISONE INTENSOL . . . 103
pregabalin . . . 122,123
PREMARIN . . . 99
PREMASOL . . . 81
PREMIUM LIDOCAINE . . . 5
prenatal vitamins . . . 81
prevalite . . . 72

PREVYMIS....56
PREZCOBIX....59
PREZISTA....59
primaquine phosphate....49
primidone....19
PRIORIX....111
PRO COMFORT ALCOHOL....129
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE....129
probenecid....28
prochlorperazine....25
prochlorperazine maleate....25
procto-med hc....77
proctosol hc....77
proctozone-hc....77
progesterone....102
PROGRAF....109
promethazine hcl....25,133
propafenone hcl....65
propranolol hcl....66
PROPRANOLOL HCL....66
propranolol hcl er....66
propylthiouracil....104
PROQUAD....111
protriptyline hcl....25
PULMOZYME....135
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE....129
pyrazinamide....30
pyridostigmine bromide....29
pyridostigmine bromide er....30
pyrimethamine....49

Q

qc alcohol....78
QINLOCK....34
QUADRACEL....111
quetiapine fumarate....55
quetiapine fumarate er....55
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE....129
quinapril hcl....73
quinapril-hydrochlorothiazide....70
QUINIDINE SULFATE....65
quinine sulfate....49
QVAR REDIHALER....133

R

ra isopropyl alcohol wipes....78
RABAVERT....111
rabeprazole sodium....86
RALDESY....23
raloxifene hcl....100
ramelteon....139
ramipril....73
ranolazine er....70
rasagiline mesylate....50
reclipsen....99
RECOMBIVAX HB....111
relafen....5
RELENZA DISKHALER....57
repaglinide....118
REPATHA....72
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM....72
REPATHA SURECLICK....72
RESTASIS....116
RETACRIT....90
RETEVMO....43
REVCOVI....138
REVUFORJ....43
REXULTI....55
REYATAZ....59
REZDIFFRA....104
REZLIDHIA....43
RHOPRESSA....115
RIBAVIRIN....57
ribavirin....57
RIDAURA....106
rifabutin....30
rifampin....30
rifapentine....30
rilpivirine hcl....60
riluzole....123

RIMANTADINE HCL . . . 57
ringers . . . 81
ringers irrigation . . . 129
RINVOQ . . . 106
RINVOQ LQ . . . 106
riociguat . . . 132
risedronate sodium . . . 83
risperidone . . . 55,56
risperidone microspheres er . . . 56
ritonavir . . . 59
rivaroxaban . . . 89
rivastigmine . . . 21
rivastigmine tartrate . . . 21
rizatriptan benzoate . . . 29
ROCKLATAN . . . 116
roflumilast . . . 136
ROMVIMZA . . . 44
ropinirole hcl . . . 50
ropinirole hcl er . . . 50
rosadan . . . 9
rosuvastatin calcium . . . 71
ROTARIX . . . 111
ROTATEQ . . . 111
roweepra . . . 16
ROZLYTREK . . . 44
RUBRACA . . . 44
rufinamide . . . 18
RUKOBIA . . . 62
RYBELSUS . . . 118
RYDAPT . . . 44

S

sacubitril-valsartan . . . 70
sajazir . . . 105
SANDIMMUNE . . . 109
SANTYL . . . 78
sapropterin dihydrochloride . . . 138
SCEMBLIX . . . 44
scopolamine . . . 25
SECUADO . . . 56
SECURESAFE INSULIN SYRINGE . . . 130
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES . . . 130
selegiline hcl . . . 50
selenium sulfide . . . 77
SELZENTRY . . . 62
SEREVENT DISKUS . . . 135
sertraline hcl . . . 24
setlakin . . . 99
sevelamer carbonate . . . 79
sharobel . . . 102
SHINGRIX . . . 111,112
SIGNIFOR . . . 91
sildenafil citrate . . . 132
SILIGENTLE FOAM DRESSING . . . 130
silodosin . . . 87
silver sulfadiazine . . . 78
SIMBRINZA . . . 115
SIMLANDI (1 PEN) . . . 109
SIMLANDI (1 SYRINGE) . . . 109
SIMLANDI (2 PEN) . . . 109
SIMLANDI (2 SYRINGE) . . . 109
simliya . . . 99
simpesse . . . 99
simvastatin . . . 71
sirolimus . . . 109
SIRTURO . . . 30
sitaglip phos-metformin hcl er . . . 118
sitagliptin phos-metformin hcl . . . 119
SKYRIZI . . . 106,107
SKYRIZI (150 MG DOSE) . . . 106
SKYRIZI PEN . . . 107
SMOFLIPID . . . 130
sodium chloride . . . 81
sodium chloride (pf) . . . 81
SODIUM FLUORIDE . . . 82
sodium oxybate . . . 139
sodium phenylbutyrate . . . 138
sodium polystyrene sulfonate . . . 80
solifenacin succinate . . . 87
SOLTAMOX . . . 32

SOMAVERT 91
sorafenib tosylate 44
sorine 65
sotalol hcl 65
sotalol hcl (af) 65
SPIRIVA RESPIMAT 134
spironolactone 72
spironolactone-hctz 70
sprintec 28 99
SPRITAM 16
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 80
sronyx 99
ssd 79
STAVUDINE 61
STELARA 107
sterile water for irrigation 130
STIOLTO RESPIMAT 137
STIVARGA 44
STREPTOMYCIN SULFATE 8
STRIBILD 58
subvenite 16
SUBVENITE 16
sucralfate 86
SULFACETAMIDE SODIUM 113
sulfacetamide sodium 113
sulfacetamide sodium (acne) 75
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 116
sulfadiazine 14
sulfamethoxazole-trimethoprim 14
sulfasalazine 82
sulfatrim pediatric 14
sulindac 5
sumatriptan 29
sumatriptan succinate 29
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL 29
sunitinib malate 44
SUNLENCA 62
SURE COMFORT PEN NEEDLES 130
syeda 99
SYMPAZAN 19
SYMTUZA 59
SYNAREL 91
SYNJARDY 119
SYNJARDY XR 119
SYNRIBO 44
SYNTHROID 104

T

TABLOID 33
TABRECTA 44
tacrolimus 77,109
tadalafil 87
tadalafil (pah) 132
TAFINLAR 45
TAGRISSO 45
TALZENNA 45
tamoxifen citrate 32
tamsulosin hcl 87
tarina fe 1/20 99
tarina fe 1/20 eq 99
tasimelteon 139
tazarotene 75
TAZICEF 11
taztia xt 68
TAZVERIK 45
TDVAX 112
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 130
telmisartan 64
telmisartan-amlodipine 70
telmisartan-hctz 70
temazepam 139
TENIVAC 112
tenofovir disoproxil fumarate 61
TEPMETKO 45
terazosin hcl 65
terbinafine hcl 28
terconazole 28
teriflunomide 122
teriparatide 83
testosterone 92

testosterone cypionate . . . 92
TESTOSTERONE ENANTHATE . . . 93
tetrabenazine . . . 123
tetracycline hcl . . . 15
THALOMID . . . 32
theophylline er . . . 136
thioridazine hcl . . . 52
thiothixene . . . 52
tiadylt er . . . 68
tiagabine hcl . . . 19
TIBSOVO . . . 45
ticagrelor . . . 90
TICOVAC . . . 112
tigecycline . . . 9
timolol maleate . . . 66,115
tinidazole . . . 9
tiotropium bromide . . . 134
tis-u-sol . . . 130
TIVICAY . . . 58
TIVICAY PD . . . 58
tizanidine hcl . . . 26
tobramycin . . . 114,135
tobramycin sulfate . . . 8
tobramycin-dexamethasone . . . 116
tofacitinib citrate . . . 107
tofacitinib citrate er . . . 107
TOLAK . . . 79
tolterodine tartrate . . . 87
tolterodine tartrate er . . . 87
tolvaptan . . . 79
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE . . . 130
topiramate . . . 16,17
toremifene citrate . . . 32
torsemide . . . 72
TOUJEO MAX SOLOSTAR . . . 121
TOUJEO SOLOSTAR . . . 121
TPN ELECTROLYTES . . . 82
TRADJENTA . . . 119
tramadol hcl . . . 2
tramadol hcl er . . . 3
tramadol-acetaminophen . . . 2
trandolapril . . . 73
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER . . . 70
tranexamic acid . . . 90
tranylcypromine sulfate . . . 22
travoprost (bak free) . . . 114
trazodone hcl . . . 24
TRECATOR . . . 30
TRELEGY ELLIPTA . . . 137
TRESIBA . . . 121
TRESIBA FLEXTOUCH . . . 121
tretinoin . . . 48,75
tri femynor . . . 99
tri-estarylla . . . 99
tri-linyah . . . 99
tri-mili . . . 99
tri-nymyo . . . 99
tri-sprintec . . . 99
tri-vylibra . . . 100
triamcinolone acetonide . . . 63,77
triamterene-hctz . . . 70
triazolam . . . 139
triderm . . . 77
trientine hcl . . . 79
TRIENTINE HCL . . . 79
trifluoperazine hcl . . . 52
TRIFLURIDINE . . . 114
trihexyphenidyl hcl . . . 50
TRIKAFTA . . . 136
trimethoprim . . . 9
trimipramine maleate . . . 25
TRINTELLIX . . . 24
TRIUMEQ . . . 61
TRIUMEQ PD . . . 61
trivora (28) . . . 100
TRIZIVIR . . . 61
trospium chloride . . . 87
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE . . . 130
TRUE COMFORT PEN NEEDLES . . . 130
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES . . . 130

TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE . 130
TRULICITY 119
TRUMENBA 112
TRUQAP 45
TUKYSA 45
tulana 102
TURALIO 45
turqoz 100
TWINRIX 112
TYBOST 62
TYENNE 107
TYMLOS 83
TYPHIM VI 112

U

UDENYCA 90
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE . . . 130
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES 131
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 131
UNIFINE PENTIPS 131
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 131
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE . . 131
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 131
unithroid 104
UPTRAVI 132
ursodiol 85
USTEKINUMAB 107
USTEKINUMAB-AEKN 107

V

valacyclovir hcl 58
VALCHLOR 79
valganciclovir hcl 57
valproate sodium 17
valproic acid 17
valsartan 64
valsartan-hydrochlorothiazide 70
VALTOCO 10 MG DOSE 19
VALTOCO 15 MG DOSE 19
VALTOCO 20 MG DOSE 19
VALTOCO 5 MG DOSE 19
valtya 1/35 100
VALTYA 1/50 100
vanadom 113
vancomycin hcl 10
VANFLYTA 45
VAQTA 112
varenicline tartrate 7
varenicline tartrate (starter) 7
varenicline tartrate(continue) 7
VARIVAX 112
VAXCHORA 112
VELIVET 100
VENCLEXTA 46
VENCLEXTA STARTING PACK 46
venlafaxine hcl 24
venlafaxine hcl er 24
VEOZAH 123
VEPPANU 32
verapamil hcl 68
VERAPAMIL HCL ER 68
verapamil hcl er 68
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 131
VERIFINE INSULIN SYRINGE 131
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 131
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR 131
VERQUVO 70
VERSACLOZ 52
VERZENIO 46
vestura 100
vienva 100
vigabatrin 19
vigadrone 19,20
VIGAFYDE 20
vigpoder 20
vilazodone hcl 24
VIMKUNYA 112
viorele 100
VIRACEPT 59,60
VIREAD 61

VITRAKVI 46
VIVOTIF 112
VIZIMPRO 46
volnea 100
VONJO 34
VORANIGO 46
voriconazole 28
VOSEVI 58
VOWST 131
VRAYLAR 56
vyfemla 100
vylibra 100
VYZULTA 114

W

warfarin sodium 89
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 131
WELIREG 34
wera 100
WINREVAIR 132
wixela inhub 137
wymzya fe 100
WYOST 83

X

XALKORI 46
XARELTO 89
XARELTO STARTER PACK 89
XATMEP 110
XCOPRI 17,18
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 18
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 18
XDEMVY 116
xelria fe 100
XERMELO 84
XIFAXAN 10
XIGDUO XR 119
XIIDRA 116
XOFLUZA (40 MG DOSE) 57
XOFLUZA (80 MG DOSE) 57
XOLAIR 107
XOSPATA 47
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 47
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 47
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 47
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 47
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 47
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 47
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 47
XTANDI 31,32
xulane 100

Y

YESINTEK 107
YF-VAX 112
yuvafem 100

Z

zafemy 100
zafirlukast 133
zaleplon 139
ZARXIO 90
ZEJULA 47
ZELBORAF 47
zenatane 75
ZENBEXUS 34
ZENPEP 138
zidovudine 61
ziprasidone hcl 56
ziprasidone mesylate 56
ZIRGAN 114
zoledronic acid 84
ZOLINZA 34
zolpidem tartrate 139
ZONISADE 18
zonisamide 18
zovia 1/35 (28) 100
ZTALMY 20
zumandimine 100
ZURZUVAE 22

ZYDELIG 47
ZYKADIA 48
ZYPREXA RELPREVV 56

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 27
ANTIGOTOSOS 28
ANTIJAQUECOSOS 28
ANTIMIASTÉNICOS 29
ANTIMICOBACTERIANOS 30
ANTINEOPLÁSICOS 30
ANTIPARASITARIOS 48
ANTIPARKINSONIANOS 49
ANTIPSICÓTICOS 51
ANTIVÍRICOS 56
BIPOLARES 63
BUCODENTALES 63
CARDIOVASCULARES 63
DERMATOLÓGICOS 74
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS 79
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA 82
ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA 83
GASTROINTESTINALES 84
GENITOURINARIOS 86
HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES 87
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY) 91
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HIPOFISARIOS) 92
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HORMONAS

SEXUALES/MODIFICADORES) 92
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES) 102
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (TIROIDEOS) 103
HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS) 104
INMUNOLÓGICOS 104
MIORRELAJANTES 112
OFTÁLMICOS 113
REGULADORES DE LA GLUCEMIA 117
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL 122
TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS 124
TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL 132
TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO 137
TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS 139
ÓTICOS 139

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 بريل والخط الكبير. اتصل بـ **1-800-452-4413** (**TTY:711**). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

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

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

简体中文标语 (Chinese)

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

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

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

日本語表記 (Japanese)

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

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

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

한국어 태그라인 (Korean)

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

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

ແຫກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-452-4413** (**TTY: 711**).
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-452-4413** (**TTY: 711**).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

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

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-452-4413** (**TTY:711**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក

ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។
ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-452-4413** (**TTY:711**)។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

مطلب به زبان فارسی ((Persian (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-800-452-4413** (**TTY: 711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-800-452-4413** (**TTY: 711**) تماس 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). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-452-4413** (TTY: 711).ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-800-452-4413** (линия **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 serbisyong 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 onilas 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)

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 10/20/2026 .

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.