Blue Shield Rx Enhanced (PDP)

Formulario de 2027

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

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

N.º de identificación del formulario 27197

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

Y0118_26_168A_PHA_C 07142026

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

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

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

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

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

¿Qué es el formulario de Blue Shield Rx Enhanced?

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

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

¿El formulario puede cambiar?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Cómo uso el formulario?

Hay dos maneras de buscar su medicamento en el formulario:

Por tipo de problema de salud

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

Por orden alfabético

Si no sabe con seguridad la categoría en la que debe buscar su medicamento, consulte el índice que empieza en la página 125 . En el índice, encontrará una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento, tanto los de marca como los genéricos. Revise el índice y busque su medicamento. Al lado del nombre del medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página que indica el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

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

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

¿Hay restricciones en mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Y son miembros que están en alguna de estas situaciones:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cómo obtener más información

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

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

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

Formulario del plan

El siguiente formulario brinda información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene algún inconveniente para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que empieza en la página 125 .

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

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

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

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO
1: Medicamentos genéricos preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	$0 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	$0 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	$11 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	$33 de copago
2: Medicamentos genéricos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	$7 de copago
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	$14 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	$14 de copago
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	$42 de copago

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO
3: Medicamentos de marca preferidos	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	20% de coseguro
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	20% de coseguro
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	20% de coseguro
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90días)	20% de coseguro
3: Insulinas cubiertas	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	$35 de copago o 20% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	$105 de copago o 20% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)	$35 de copago o 20% de coseguro, la cantidad que sea menor
	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 90 días)	$105 de copago o 20% de coseguro, la cantidad que sea menor

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

NIVEL	SUMINISTRO	COSTO COMPARTIDO
5: Medicamentos de nivel especializado	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red), costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro para 30 días)	31% de coseguro
	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red), costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro para 90 días)	No hay suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del Nivel 5.

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

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANALGÉSICOS		
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES		
butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30Days), NDS
celecoxib (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
celecoxib 400 mg cap	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
diclofenac potassium 50 mg tab	NIVEL 2	
diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr)	NIVEL 2	
diclofenac sodium 1.5 % solution	NIVEL 3	
diclofenac sodium 3 % gel	NIVEL 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
diclofenac sodium er 100 mg tab 24h	NIVEL 2	
diflunisal 500 mg tab	NIVEL 3	
ec-naproxen 375 mg tab dr	NIVEL 2	
ec-naproxen 500 mg tab dr	NIVEL 3	
etodolac (200 mg cap, 300 mg cap, 400 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 4	
etodolac er (er 400 mg tab er, er 500 mg tab er, er 600 mg tab er)	NIVEL 4	
FLURBIPROFEN (FLURBIPROFEN 100 MG TAB, FLURBIPROFEN 50 MG TAB, FLURBIPROFEN 100 MG TAB)	NIVEL 2	
ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	NIVEL 2	
ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension, 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	NIVEL 2	
indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)	NIVEL 2	
indomethacin er 75 mg cap	NIVEL 3	
meloxicam (7.5 mg tab, 15 mg tab)	NIVEL 1	
nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 375 mg tab dr, 500 mg tab)	NIVEL 2	
naproxen 500 mg tab dr	NIVEL 3	
naproxen dr 500 mg tab	NIVEL 3	
oxaprozin 600 mg tab	NIVEL 4	
piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)	NIVEL 3	
sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)	NIVEL 2	
ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN PROLONGADA		
fentanyl (12 mcg/hr patch, 25 mcg/hr patch, 50 mcg/hr patch, 75 mcg/hr patch, 100 mcg/hr patch)	NIVEL 3	PA, QL (10 PER 30Days), NDS
methadone hcl (methadone hcl 10 mg/5ml solution, methadone hcl 10 mg/5ml solution)	NIVEL 4	PA, QL (450 PER 30Days), NDS
methadone hcl (methadone hcl 10 mg/ml solution, methadone hcl 10 mg/ml solution)	NIVEL 4	PA, NDS
methadone hcl (methadone hcl 5 mg/5ml solution, methadone hcl 5 mg/5ml solution)	NIVEL 4	PA, QL (900 PER 30Days), NDS
methadone hcl 10 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (90 PER 30Days), NDS
methadone hcl 5 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 30Days), NDS
morphine sulfate er (er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)	NIVEL 4	QL (60 PER 30Days), NDS
morphine sulfate er 15 mg tab	NIVEL 3	QL (180 PER 30Days), NDS
morphine sulfate er 30 mg tab	NIVEL 3	QL (90 PER 30Days), NDS
morphine sulfate er 60 mg tab	NIVEL 3	QL (60 PER 30Days), NDS
OPIOID ANALGÉSICOS, SHORT-ACTING		
acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS), NDS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
acetaminophen-codeine (acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5ml solution, acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml solution, acetaminophen-codeine 120-12 mg/5ml solution, acetaminophen-codeine 300-30 mg/12.5ml solution)	NIVEL 2	QL (1800 PER 30Days), NDS
acetaminophen-codeine 300-60 mg tab	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
butalbital-apap-caff-cod 50-325-40-30 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30Days), NDS
butorphanol tartrate 10 mg/ml solution	NIVEL 3	QL (15 PER 28Days), NDS
codeine sulfate (codeine sulfate 30 mg tab, codeine sulfate 30 mg tab)	NIVEL 4	QL (168 PER 30Days), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	NIVEL 4	QL (336 PER 30Days), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	NIVEL 4	QL (84 PER 30Days), NDS
endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	NIVEL 3	QL (168 PER 30Days), NDS
endocet 10-325 mg tab	NIVEL 3	QL (84 PER 30Days), NDS
endocet 7.5-325 mg tab	NIVEL 3	QL (112 PER 30Days), NDS
hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml, 5-217 mg/10ml, 7.5-325 mg/15ml)	NIVEL 4	QL (2520 PER 30Days), NDS
hydrocodone-acetaminophen (7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)	NIVEL 3	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen (hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab, hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg tab)	NIVEL 3	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
hydromorphone hcl 2 mg tab	NIVEL 4	QL (154 PER 30Days), NDS
hydromorphone hcl 4 mg tab	NIVEL 4	QL (84 PER 30Days), NDS
hydromorphone hcl 8 mg tab	NIVEL 4	QL (42 PER 30Days), NDS
morphine sulfate (concentrate) (morphine sulfate (concentrate) 20 mg/ml solution, morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml solution, morphine sulfate (concentrate) 100 mg/5ml solution)	NIVEL 3	QL (70 PER 30Days), NDS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
morphine sulfate (morphine sulfate 10 mg/5ml solution, morphine sulfate 10 mg/5ml solution)	NIVEL 3	QL (630 PER 30Days), NDS
morphine sulfate (morphine sulfate 20 mg/5ml solution, morphine sulfate 20 mg/5ml solution)	NIVEL 3	QL (315 PER 30Days), NDS
morphine sulfate (morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab, morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab)	NIVEL 3	QL (120 PER 30Days), NDS
oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)	NIVEL 4	QL (56 PER 30Days), NDS
oxycodone hcl 10 mg tab	NIVEL 4	QL (84 PER 30Days), NDS
oxycodone hcl 20 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30Days), NDS
oxycodone hcl 5 mg tab	NIVEL 4	QL (168 PER 30Days), NDS
oxycodone hcl 5 mg/5ml solution	NIVEL 4	QL (840 PER 30Days), NDS
oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	NIVEL 3	QL (168 PER 30Days), NDS
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab	NIVEL 3	QL (84 PER 30Days), NDS
oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab	NIVEL 3	QL (112 PER 30Days), NDS
tramadol hcl 50 mg tab	NIVEL 2	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab	NIVEL 2	QL (112 PER 30Days), NDS
ANESTÉSICOS		
ANESTÉSICOS LOCALES		
lidocaine 5 % ointment	NIVEL 4	QL (50 PER 30 DAYS)
lidocaine 5 % patch	NIVEL 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
lidocaine hcl 4 % solution	NIVEL 4	
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 (90 PER 30 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (10 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PREMIUM LIDOCAINE 5 % OINTMENT	NIVEL 4	QL (50 PER 30 DAYS)

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

DISUASIVOS DEL ALCOHOL/REDUCTORES DE LA COMPULSIÓN

acamprosate calcium 333 mg tab dr	NIVEL 4	
disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 2	

DEPENDENCIA A OPIOIDES

buprenorphine hcl (2 mg tab, 8 mg tab)	NIVEL 2	
buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg tab, 8-2 mg tab)	NIVEL 2	
buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg, 12-3 mg)	NIVEL 4	

REVERTIDORES OPIOIDEOS

KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	NIVEL 4	QL (2 PER 30Days)
naloxone hcl (naloxone hcl 0.4 mg/ml soln prsyr, naloxone hcl 0.4 mg/ml solution, naloxone hcl 2 mg/2ml soln prsyr, naloxone hcl 0.4 mg/ml soln cart, naloxone hcl 4 mg/10ml solution)	NIVEL 2	
naltrexone hcl 50 mg tab	NIVEL 2	

ANTITABACO, MEDICAMENTOS

bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab 12h	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk	NIVEL 4	QL (53 PER 30Days)
varenicline tartrate(continue) 1 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIBACTERIANOS		
AMINOGLUCÓSIDOS		
amikacin sulfate 500 mg/2ml solution	NIVEL 4	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	NIVEL 5	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
gentamicin sulfate (0.1 % cream, 40 mg/ml solution)	NIVEL 4	
gentamicin sulfate 0.1 % ointment	NIVEL 2	
neomycin sulfate 500 mg tab	NIVEL 2	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	NIVEL 4	
tobramycin sulfate (tobramycin sulfate 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 2 gm/50ml solution, tobramycin sulfate 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 1.2 gm/30ml solution, tobramycin sulfate 10 mg/ml solution, tobramycin sulfate 80 mg/2ml solution)	NIVEL 4	
ANTIBACTERIANOS, OTHER		
aztreonam (1 gm soln, 2 gm soln)	NIVEL 4	
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	NIVEL 5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
clindamycin hcl (75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap)	NIVEL 2	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln	NIVEL 4	
clindamycin phosphate (300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml)	NIVEL 4	
clindamycin phosphate 2 % cream	NIVEL 2	
clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml)	NIVEL 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (IN 300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, IN 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, IN 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln	NIVEL 4	
daptomycin (daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 500 mg recon soln, daptomycin 500 mg recon soln)	NIVEL 4	
fosfomycin tromethamine 3 gm packet	NIVEL 4	QL (4 PACKETS PER 28Days)
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 (metronidazole 500 mg/100ml solution, metronidazole 0.75 % cream, metronidazole 0.75 % lotion, metronidazole 1 % gel, metronidazole 500 mg/100ml solution)	NIVEL 4	
metronidazole 0.75 % gel	NIVEL 3	
nitrofurantoin macrocrystal (50 mg cap, 100 mg cap)	NIVEL 3	
nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap	NIVEL 2	
polymyxin b sulfate 500000 unit recon soln	NIVEL 4	
tigecycline (tigecycline 50 mg recon soln, tigecycline 50 mg recon soln)	NIVEL 4	
tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 4	
trimethoprim (trimethoprim 100 mg tab, trimethoprim 100 mg tab)	NIVEL 2	

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

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
cephalexin (125 mg/5ml, 250 mg/5ml)	NIVEL 3	
cephalexin (250 mg cap, 500 mg cap)	NIVEL 2	
TAZICEF (TAZICEF 6 GM RECON SOLN, TAZICEF 2 GM RECON SOLN, TAZICEF 1 GM RECON SOLN, TAZICEF 1 GM RECON SOLN)	NIVEL 4	
BETALACTÁMICOS, PENICILINAS		
amoxicillin (amoxicillin 125 mg/5ml recon susp, amoxicillin 125 mg chew tab, amoxicillin 200 mg/5ml recon susp, amoxicillin 500 mg cap, amoxicillin 250 mg chew tab, amoxicillin 250 mg cap, amoxicillin 250 mg/5ml recon susp, amoxicillin 400 mg/5ml recon susp, amoxicillin 500 mg tab, amoxicillin 875 mg tab)	NIVEL 2	
amoxicillin trihydrate 250 mg/5ml recon susp	NIVEL 2	
amoxicillin-pot clavulanate (amoxicillin-pot clavulanate 400-57 mg chew tab, amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml recon susp, amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, amoxicillin-pot clavulanate 250-62.5 mg/5ml recon susp, amoxicillin-pot clavulanate 400-57 mg/5ml recon susp, amoxicillin-pot clavulanate 500-125 mg tab, amoxicillin-pot clavulanate 600-42.9 mg/5ml recon susp, amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg tab)	NIVEL 2	
amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab 12h	NIVEL 4	
ampicillin 500 mg cap	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ampicillin sodium (ampicillin sodium 1 gm recon soln, ampicillin sodium 10 gm recon soln, ampicillin sodium 1 gm recon soln, ampicillin sodium 250 mg recon soln, ampicillin sodium 2 gm recon soln, ampicillin sodium 2 gm recon soln, ampicillin sodium 125 mg recon soln, ampicillin sodium 500 mg recon soln)	NIVEL 4	
ampicillin-sulbactam sodium (ampicillin-sulbactam sodium 1.5 (1-0.5) gm recon soln, ampicillin-sulbactam sodium 1.5 (1-0.5) gm recon soln, ampicillin-sulbactam sodium 3 (2-1) gm recon soln, ampicillin-sulbactam sodium 15 (10-5) gm recon soln)	NIVEL 4	
BICILLIN L-A (600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR)	NIVEL 4	
dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)	NIVEL 2	
nafcillin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)	NIVEL 4	
penicillin g potassium (5000000 soln, 20000000 soln)	NIVEL 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	NIVEL 4	
penicillin v potassium (penicillin v potassium 125 mg/5ml recon soln, penicillin v potassium 250 mg/5ml recon soln, penicillin v potassium 250 mg tab, penicillin v potassium 500 mg tab)	NIVEL 2	
pfizerpen (5000000 soln, 20000000 soln)	NIVEL 4	
piperacillin sod-tazobactam so (2.25 (2-0.25) gm ln, 3-0.375 gm ln, 3.375 (3-0.375) gm ln, 4-0.5 gm ln, 4.5 (4-0.5) gm ln, 13.5 (12-1.5) gm ln, 40.5 (36-4.5) gm ln)	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CARBAPENÉMICOS		
ertapenem sodium 1 gm recon soln	NIVEL 3	
imipenem-cilastatin (imipenem-cilastatin 500 mg recon soln, imipenem-cilastatin 250 mg recon soln)	NIVEL 4	
meropenem (1 gm soln, 500 mg soln)	NIVEL 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	NIVEL 4	
MACRÓLIDOS		
azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)	NIVEL 2	
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 24h	NIVEL 4	
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 5	PA, QL (136 PER 10Days)
e.e.s. 400 (e.e.s. 400 400 mg tab, e.e.s. 400 400 mg tab)	NIVEL 4	
erythrocin lactobionate (erythrocin lactobionate 500 mg recon soln, erythrocin lactobionate 500 mg recon soln)	NIVEL 4	
erythromycin base (erythromycin base 250 mg tab, erythromycin base 250 mg cp dr part, erythromycin base 500 mg tab)	NIVEL 4	
erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5ml, 400 mg/5ml)	NIVEL 4	
erythromycin lactobionate 500 mg recon soln	NIVEL 4	
fidaxomicin 200 mg tab	NIVEL 5	PA, QL (20 PER 10Days)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
QUINOLONAS		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	NIVEL 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	NIVEL 4	
ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	NIVEL 2	
ciprofloxacin in d5w (ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution, ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution)	NIVEL 4	
levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	NIVEL 2	
levofloxacin (levofloxacin 25 mg/ml solution, levofloxacin 25 mg/ml solution)	NIVEL 4	
levofloxacin in d5w (in 500 mg/100ml, in 750 mg/150ml)	NIVEL 4	
moxifloxacin hcl 400 mg tab	NIVEL 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 mg recon soln	NIVEL 4	
doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
doxycycline hyclate 100 mg recon soln	NIVEL 4	
doxycycline monohydrate (50 mg cap, 100 mg cap)	NIVEL 2	
doxycycline monohydrate (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 3	
minocycline hcl (50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap)	NIVEL 2	
mondoxyne nl 100 mg cap	NIVEL 2	
tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)	NIVEL 4	
ANTICONVULSIVOS		
ANTICONVULSIVOS, OTROS		
brivaracetam (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 4	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
brivaracetam 10 mg/ml solution	NIVEL 4	ST, QL (600 PER 30 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)	NIVEL 2	
divalproex sodium er (er 250 mg tab er, er 500 mg tab er)	NIVEL 3	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)	NIVEL 4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
lamotrigine (5 mg chew tab, 25 mg chew tab, 25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	NIVEL 2	
levetiracetam (100 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab, 1000 mg tab)	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
levetiracetam er 500 mg tab 24h	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
levetiracetam er 750 mg tab 24h	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
perampanel (4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab, 10 mg tab, 12 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
perampanel 0.5 mg/ml suspension	NIVEL 4	QL (720 PER 30 DAYS)
perampanel 2 mg tab	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
roweepra 500 mg tab	NIVEL 2	
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
subvenite (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	NIVEL 2	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (1500 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
topiramate (15 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	NIVEL 3	
topiramate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)	NIVEL 2	
topiramate 25 mg/ml solution	NIVEL 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
valproate sodium (100 mg/ml, 500 mg/5ml)	NIVEL 4	
valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)	NIVEL 2	
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

MODIFICADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)	NIVEL 2	
methsuximide 300 mg cap	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
clobazam 10 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 2.5 mg/ml suspension	NIVEL 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 20 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
diazepam 10 mg gel	NIVEL 4	QL (20 PER 30 DAYS)
diazepam 2.5 mg gel	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)
diazepam 20 mg gel	NIVEL 4	QL (40 PER 30 DAYS)
gabapentin (250 mg/5ml, 300 mg/6ml)	NIVEL 3	QL (2160 PER 30 DAYS)
gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
gabapentin 100 mg cap	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)
gabapentin 300 mg cap	NIVEL 2	QL (240 PER 30 DAYS)
gabapentin 400 mg cap	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
phenobarbital (phenobarbital 15 mg tab, phenobarbital 97.2 mg tab, phenobarbital 60 mg/15ml elixir, phenobarbital 64.8 mg tab, phenobarbital 16.2 mg tab, phenobarbital 20 mg/5ml elixir, phenobarbital 30 mg tab, phenobarbital 32.4 mg tab, phenobarbital 60 mg tab, phenobarbital 64.8 mg tab, phenobarbital 100 mg tab, phenobarbital 15 mg tab, phenobarbital 16.2 mg tab, phenobarbital 20 mg/5ml elixir, phenobarbital 30 mg tab, phenobarbital 30 mg/7.5ml elixir, phenobarbital 32.4 mg tab, phenobarbital 60 mg tab, phenobarbital 97.2 mg tab, phenobarbital 100 mg tab)	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
primidone (primidone 50 mg tab, primidone 125 mg tab, primidone 250 mg tab)	NIVEL 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
SYMPAZAN 5 MG FILM	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
tiagabine hcl (tiagabine hcl 12 mg tab, tiagabine hcl 4 mg tab, tiagabine hcl 16 mg tab, tiagabine hcl 2 mg tab, tiagabine hcl 12 mg tab, tiagabine hcl 16 mg tab)	NIVEL 4	
VALTOCO 10 MG DOSE /0.1ML LIQUID	NIVEL 4	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 /0.1ML LIQD THPK	NIVEL 4	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 0 X 10 /0.1ML LIQD THPK	NIVEL 4	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE /0.1ML LIQUID	NIVEL 4	QL (10 PER 30 DAYS)
vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg packet	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg tab	NIVEL 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigpoder 500 mg packet	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	LA, QL (1080 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CANALES DE SODIO, MEDICAMENTOS PARA LOS		
carbamazepine (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)	NIVEL 3	
carbamazepine (carbamazepine 200 mg chew tab, carbamazepine 100 mg chew tab, carbamazepine 200 mg tab)	NIVEL 2	
carbamazepine er (er 100 mg cap er, er 100 mg tab er, er 200 mg cap er, er 200 mg tab er, er 300 mg cap er, er 400 mg tab er)	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
DILANTIN 30 MG CAP	NIVEL 4	
epitol 200 mg tab	NIVEL 2	
eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lacosamide (10 mg/ml, 50 mg/5ml, 100 mg/10ml)	NIVEL 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lacosamide 200 mg/20ml solution	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)	NIVEL 2	
oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension	NIVEL 4	
phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)	NIVEL 2	
phenytoin (50 mg chew tab, 100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)	NIVEL 2	
phenytoin infatabs infas 50 mg chew	NIVEL 2	
phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)	NIVEL 2	
rufinamide 200 mg tab	NIVEL 4	QL (480 PER 30 DAYS)
rufinamide 40 mg/ml suspension	NIVEL 5	QL (2400 PER 30 DAYS)
rufinamide 400 mg tab	NIVEL 4	QL (240 PER 30 DAYS)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 TAB THPK	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 TAB THPK	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (COPRI 14 150 MG 14 200 MG TAB THPK, COPRI 14 50 MG 14 100 MG TAB THPK)	NIVEL 5	QL (28 PER 28Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI COPRI 14 12.5 MG & 14 25 MG TAB THPK	NIVEL 4	QL (28 PER 28Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
zonisamide (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	NIVEL 2	

ANTIDEMENCIALES

ANTIDEMENCIALES, OTROS

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

INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

donepezil hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 1	
donepezil hcl 23 mg tab	NIVEL 4	ST
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	NIVEL 2	
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	NIVEL 2	
galantamine hydrobromide (4 mg tab, 8 mg tab, 12 mg tab)	NIVEL 2	
GALANTAMINE HYDROBROMIDE 4 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	
galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er, er 16 mg cap er, er 24 mg cap er)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)	NIVEL 4	

ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA)

memantine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	
memantine hcl (memantine hcl 28 x 5 mg & 21 x 10 mg tab, memantine hcl 2 mg/ml solution, memantine hcl 10 mg/5ml solution)	NIVEL 3	
memantine hcl er (er 7 mg cap er, er 14 mg cap er, er 21 mg cap er, er 28 mg cap er)	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIDEPRESIVOS		
ANTIDEPRESIVOS, OTROS		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUVELITY TITRATION PACK 30-105 MG & 45-105 MG TBER THPK	NIVEL 4	QL (102 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bupropion hcl 100 mg tab	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
bupropion hcl 75 mg tab	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab 12h	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 150 mg tab 12h	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 200 mg tab 12h	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 150 mg tab 24h	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 300 mg tab 24h	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
EXXUA (18.2 MG TAB ER 24H, 36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	QL (64 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYBALVI (5-10 MG TAB, 10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
mirtazapine (7.5 mg tab, 15 mg tab, 15 mg tab disp, 30 mg tab, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp)	NIVEL 2	
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 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	NIVEL 5	QL (14 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA		
EMSAM (6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MARPLAN 10 MG TAB	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB	NIVEL 3	
tranylcypromine sulfate 10 mg tab	NIVEL 4	
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)/INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (SNRI)		
citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	
citalopram hydrobromide (10 mg/5ml, 20 mg/10ml)	NIVEL 3	
desvenlafaxine succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
desvenlafaxine succinate er 100 mg tab 24h	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
escitalopram oxalate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 1	
escitalopram oxalate (5 mg/5ml, 10 mg/10ml)	NIVEL 2	
FETZIMA (20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H, 120 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	NIVEL 4	QL (28 PER 30Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap)	NIVEL 1	
fluoxetine hcl (20 mg/5ml solution, 40 mg cap)	NIVEL 2	
fluvoxamine maleate 100 mg tab	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 25 mg tab	NIVEL 4	QL (360 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 50 mg tab	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)	NIVEL 4	
paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (900 PER 30 DAYS)
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
sertraline hcl (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 1	
sertraline hcl 20 mg/ml conc	NIVEL 3	
trazodone hcl (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	NIVEL 2	
trazodone hcl 300 mg tab	NIVEL 3	
TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 2	
venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap er, er 150 mg cap er)	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl er 75 mg cap 24h	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
TRICÍCLICOS		
amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
amoxapine (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 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, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	NIVEL 4	
doxepin hcl (doxepin hcl 10 mg/ml conc, doxepin hcl 10 mg/ml conc)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
doxepin hcl (doxepin hcl 150 mg cap, doxepin hcl 10 mg cap, doxepin hcl 25 mg cap, doxepin hcl 50 mg cap, doxepin hcl 75 mg cap, doxepin hcl 100 mg cap, doxepin hcl 150 mg cap)	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	

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

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

ANTIEMÉTICOS

ANTIEMÉTICOS, OTROS

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

COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGÉNICA

aprepitant (80 & 125 mg cap thpk, 80 mg cap, 125 mg cap)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
aprepitant 40 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	NIVEL 4	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
granisetron hcl 1 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 4 mg tab disp	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 8 mg tab disp	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	NIVEL 2	QL (15 PER 30Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 4 mg tab	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 4 mg/5ml solution	NIVEL 4	QL (900 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 8 mg tab	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIFÚNGICOS

ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
amphotericin b liposome 50 mg recon susp	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)	NIVEL 2	
CRESEMBA 186 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CRESEMBA 74.5 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
econazole nitrate 1 % cream	NIVEL 4	
fluconazole (10 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)	NIVEL 2	
fluconazole 40 mg/ml recon susp	NIVEL 3	
fluconazole in sodium chloride (in 200-0.9 mg/100ml-%, in 400-0.9 mg/200ml-%)	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	

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

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

ANTIGOTOSOS

allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 1	
colchicine 0.6 mg tab	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab	NIVEL 3	
febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
probenecid 500 mg tab	NIVEL 3	

ANTIJAQUECOSOS

CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS

AIMOVIG (70 MG/ML SOLN A-INJ, 140 MG/ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 /ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
NURTEC 75 MG TAB DISP	NIVEL 5	PA, QL (16 PER 30Days)
ALCALOIDES DE ERGOTAMINA		
dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution	NIVEL 4	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB	NIVEL 3	QL (40 PER 28 DAYS)
AGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA (5-HT)		
naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)	NIVEL 3	QL (18 PER 30Days)
rizatriptan benzoate (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)	NIVEL 2	QL (24 PER 30Days)
sumatriptan (5 mg/act, 20 mg/act)	NIVEL 4	QL (18 PER 30Days)
sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 2	QL (18 PER 30Days)
sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)	NIVEL 4	QL (8 PER 30Days)
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	NIVEL 4	QL (8 PER 30Days)
ANTIMIASTÉNICOS		
PARASIMPATICOMIMÉTICOS		
pyridostigmine bromide 60 mg tab	NIVEL 3	
pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution	NIVEL 4	
pyridostigmine bromide er 180 mg tab	NIVEL 4	
ANTIMICOBACTERIANOS		
ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS		
dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 3	
rifabutin 150 mg cap	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTITUBERCULOSOS		
ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	NIVEL 2	
isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 2	
isoniazid 50 mg/5ml syrup	NIVEL 4	
PRETOMANID 200 MG TAB	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
pyrazinamide 500 mg tab	NIVEL 2	
rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)	NIVEL 2	
rifampin 600 mg recon soln	NIVEL 4	
rifapentine 150 mg tab	NIVEL 4	
SIRTURO (20 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	PA
TRECATOR 250 MG TAB	NIVEL 4	
ANTINEOPLÁSICOS		
ALQUILANTES		
CYCLOPHOSPHAMIDE (CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TAB, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TAB)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
LEUKERAN 2 MG TAB	NIVEL 4	
lomustine (10 mg cap, 40 mg cap, 100 mg cap)	NIVEL 4	
MATULANE 50 MG CAP	NIVEL 5	LA
ANTIANDRÓGENOS		
abiraterone acetate 250 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abiraterone acetate 500 mg tab	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abirtega 250 mg tab	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bicalutamide 50 mg tab	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ERLEADA 240 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EULEXIN 125 MG CAP	NIVEL 3	
nilutamide (nilutamide 150 mg tab, nilutamide 150 mg tab)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIANGIOGÉNICOS		
lenalidomide (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 50 MG CAP	NIVEL 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGÉNICOS/MODIFICADORES		
fulvestrant (fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr, fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr)	NIVEL 5	
INLURIYO 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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
TABLOID LOID 40 MG	NIVEL 3	
ANTINEOPLÁSICOS, OTROS		
AKEEGA (50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 40 MG CAP	NIVEL 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI PEN 500 MCG/0.5ML SOLN	NIVEL 5	LA, QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
hydroxyurea 500 mg cap	NIVEL 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IWILFIN 192 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB	NIVEL 2	
leucovorin calcium (100 mg soln, 350 mg soln)	NIVEL 4	
leucovorin calcium (15 mg tab, 25 mg tab)	NIVEL 3	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES		
ALECENSA 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	NIVEL 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 500 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib (400 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bosutinib 100 mg tab	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 160 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CALQUENCE 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAVHANZA (60 MG TAB DISP, 80 MG TAB DISP)	NIVEL 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 KIT	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 & 80 KIT	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 KIT	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
erlotinib hcl 25 mg tab	NIVEL 3	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2 mg tab, 3 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
everolimus (7.5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
gefitinib 250 mg tab	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (126 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG TAB SOL	NIVEL 5	LA, QL (168 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 2 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HERNEXEOS 60 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HYRNUO 10 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (75 MG CAP, 75 MG TAB, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBTROZI 200 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (50 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
imatinib mesylate 100 mg tab	NIVEL 3	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
imatinib mesylate 400 mg tab	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (140 MG CAP, 140 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (70 MG CAP, 280 MG TAB, 420 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H, 33 MG TAB ER 24H, 44 MG TAB ER 24H, 55 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) (TAB THPK	NIVEL 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 TAB THPK	NIVEL 5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 TAB THPK	NIVEL 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOMZIFTI 200 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
lapatinib ditosylate 250 mg tab	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) (110 & CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 & 2 X 4 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) (0 X 10 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) (X 10 & CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) (CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (125 MG DOSE) (X & X 00 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (18 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (150 MG DOSE) (50 2 X 25 & X 00 CAP THPK	NIVEL 5	LA, QL (27 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	NIVEL 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 240 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	NIVEL 5	LA, QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
nilotinib hcl (50 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap)	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	NIVEL 5	QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	NIVEL 5	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pazopanib hcl 200 mg tab	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PAZOPANIB HCL 400 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) (TAB THPK	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & TAB THPK	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 TAB THPK	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (80 MG TAB, 120 MG TAB, 160 MG TAB)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 110 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 160 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 25 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	NIVEL 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	NIVEL 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	NIVEL 5	QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	NIVEL 5	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
sorafenib tosylate 200 mg tab	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 12.5 mg cap	NIVEL 5	QL (210 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 25 mg cap	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	NIVEL 5	LA, QL (900 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	NIVEL 5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (50 MG TAB, 150 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 125 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VANFLYTA 26.5 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	NIVEL 3	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	NIVEL 4	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (84 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (50 MG CAP SPRINK, 200 MG CAP, 250 MG CAP)	NIVEL 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 20 MG CAP SPRINK	NIVEL 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	NIVEL 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ivermectin 3 mg tab	NIVEL 2	
praziquantel 600 mg tab	NIVEL 3	
ANTIPROTOZOICOS		
atovaquone 750 mg/5ml suspension	NIVEL 4	PA
atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)	NIVEL 2	
chloroquine phosphate (chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 500 mg tab)	NIVEL 3	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	NIVEL 4	QL (24 PER 2Days)
hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab)	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab	NIVEL 3	QL (90 PER 30 DAYS)
IMPAVIDO 50 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
mefloquine hcl 250 mg tab	NIVEL 2	
nitazoxanide 500 mg tab	NIVEL 5	PA, QL (6 PER 3Days)
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
primaquine phosphate (primaquine phosphate 26.3 base mg tab, primaquine phosphate 26.3 base mg tab)	NIVEL 2	
pyrimethamine 25 mg tab	NIVEL 4	PA
quinine sulfate 324 mg cap	NIVEL 3	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIPARKINSONIANOS		
ANTICOLINÉRGICOS		
benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 2	
benztropine mesylate 1 mg/ml solution	NIVEL 4	
trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg cap, 100 mg/10ml solution)	NIVEL 2	
amantadine hcl 100 mg tab	NIVEL 4	
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 (240 PER 30 DAYS)
AGONISTAS DE LA DOPAMINA		
bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)	NIVEL 4	
pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)	NIVEL 2	
ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)	NIVEL 2	
ropinirole hcl er (er 2 mg tab er, er 4 mg tab er, er 6 mg tab er)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
ropinirole hcl er 12 mg tab 24h	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ropinirole hcl er 8 mg tab 24h	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
PRECURSORES DE LA DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA L-AMINOÁCIDO DESCARBOXILASA		
carbidopa 25 mg tab	NIVEL 4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)	NIVEL 4	
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)	NIVEL 2	
carbidopa-levodopa er (er 25-100 mg tab er, er 50-200 mg tab er)	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)		
rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
selegiline hcl 5 mg cap	NIVEL 2	
selegiline hcl 5 mg tab	NIVEL 3	
ANTIPSICÓTICOS		
PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS		
chlorpromazine hcl (chlorpromazine hcl 10 mg tab, chlorpromazine hcl 25 mg tab, chlorpromazine hcl 25 mg/ml solution, chlorpromazine hcl 30 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 50 mg tab, chlorpromazine hcl 50 mg/2ml solution, chlorpromazine hcl 100 mg tab, chlorpromazine hcl 100 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 200 mg tab, chlorpromazine hcl 30 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 100 mg/ml conc)	NIVEL 4	
fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution	NIVEL 4	
fluphenazine hcl (fluphenazine hcl 2.5 mg/ml solution, fluphenazine hcl 1 mg tab, fluphenazine hcl 2.5 mg tab, fluphenazine hcl 5 mg tab, fluphenazine hcl 10 mg tab, fluphenazine hcl 2.5 mg/5ml elixir, fluphenazine hcl 5 mg/ml conc)	NIVEL 4	
haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
haloperidol decanoate (50 mg/ml, 100 mg/ml)	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml solution)	NIVEL 3	
loxapine succinate (5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	NIVEL 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	NIVEL 4	QL (240 PER 30 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (270 PER 30 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	NIVEL 4	QL (360 PER 30 DAYS)
pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 3	
thioridazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
thiothixene (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	NIVEL 3	
trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	
trifluoperazine hcl 5 mg tab	NIVEL 3	
SEGUNDA GENERACIÓN/ATÍPICOS		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
aripiprazole (5 mg tab, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
aripiprazole 1 mg/ml solution	NIVEL 4	QL (750 PER 30 DAYS)
aripiprazole 2 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
asenapine maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK A BYSNTI TITRTION PCK 1 & 2 & 4 & 6 MG TB THPK	NIVEL 5	QL (16 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK B YSANTI 1 & 2 & 6 & 8 MG TATHPK	NIVEL 5	QL (24 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK C PAK 1 & 2 & 6 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (16 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (4.5 ML PER 365Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK A FNPT TITRTION PCK 1 & 2 & 4 & 6 MG TB	NIVEL 4	QL (8 PER 30Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TA	NIVEL 4	QL (12 PER 30Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK C PAK 1 & 2 & 6 MG TAB	NIVEL 4	QL (8 PER 30Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (3.5 PER 180Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (5 PER 180Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (0.88 PER 84Days), PA - PART B VS D DETERMINATION

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.32 PER 84Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (1.75 PER 84Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	NIVEL 5	QL (2.63 PER 84Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 120 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
lurasidone hcl 80 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	NIVEL 4	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
olanzapine (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
olanzapine (5 mg tab disp, 10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp)	NIVEL 4	
OPIPZA (5 MG FILM, 10 MG FILM)	NIVEL 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OPIPZA 2 MG FILM	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er (er 1.5 mg tab er, er 3 mg tab er, er 9 mg tab er)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er 6 mg tab 24h	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (90 MG PRSYR, 120 MG PRSYR)	NIVEL 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
quetiapine fumarate (quetiapine fumarate 25 mg tab, quetiapine fumarate 50 mg tab, quetiapine fumarate 150 mg tab, quetiapine fumarate 100 mg tab, quetiapine fumarate 200 mg tab, quetiapine fumarate 300 mg tab, quetiapine fumarate 400 mg tab)	NIVEL 2	
quetiapine fumarate er (er 50 mg tab er, er 150 mg tab er, er 200 mg tab er, er 300 mg tab er, er 400 mg tab er)	NIVEL 4	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIESPÁSTICOS		
baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
baclofen 5 mg tab	NIVEL 2	QL (480 PER 30 DAYS)
dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	NIVEL 3	
tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)	NIVEL 2	
ANTIVÍRICOS		
ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)		
LIVTENCITY 200 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS (20 MG PACKET, 120 MG PACKET)	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	NIVEL 5	QL (200 PER 365Days)
valganciclovir hcl 450 mg tab	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln	NIVEL 4	QL (540 PER 30 DAYS)
ANTIHEPATÍTICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)		
adefovir dipivoxil 10 mg tab	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (630 PER 30 DAYS)
entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine 100 mg tab	NIVEL 3	
ANTIHEPÁTICOS CONTRA LA HEPATITIS C		
MAVYRET 100-40 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	NIVEL 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	NIVEL 3	
ribavirin (ribavirin 6 gm recon soln, ribavirin 6 gm recon soln)	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
BIXLENVO 75-50 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	NIVEL 5	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	NIVEL 3	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
raltegravir potassium 400 mg tab	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
raltegravir potassium 600 mg tab	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
TIVICAY 50 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NO NUCLEOSÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	NIVEL 5	QL (180 PER 30 DAYS)
efavirenz 600 mg tab	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-lamivudine-tenofovir (efavirenz-lamivudine-tenofovir 400-300-300 mg tab, efavirenz-lamivudine-tenofovir 600-300-300 mg tab)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
etravirine 100 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
etravirine 200 mg tab	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INTELENCE 25 MG TAB	NIVEL 4	QL (360 PER 30 DAYS)
nevirapine 200 mg tab	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	NIVEL 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
nevirapine er 400 mg tab 24h	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
rilpivirine hcl 25 mg tab	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NUCLEOSÍDICOS Y NUCLEOTÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NRTI)		
abacavir sulfate 20 mg/ml solution	NIVEL 4	QL (900 PER 30 DAYS)
abacavir sulfate 300 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitabine 200 mg cap	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (720 PER 30 DAYS)
lamivudine (10 mg/ml, 300 mg/30ml)	NIVEL 3	QL (900 PER 30 DAYS)
lamivudine 150 mg tab	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
lamivudine 300 mg tab	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VIREAD 40 MG/GM POWDER	NIVEL 4	QL (240 PER 30 DAYS)
zidovudine 100 mg cap	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
zidovudine 300 mg tab	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
zidovudine 50 mg/5ml syrup	NIVEL 3	QL (1800 PER 30 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS		
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK 75-50 & 4 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (68 PER 365Days)
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	NIVEL 5	QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	NIVEL 5	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
IDVYNSO 100-0.25 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
maraviroc 150 mg tab	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
maraviroc 300 mg tab	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	NIVEL 5	QL (60 PER 30 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (1800 PER 30 DAYS)
SUNLENCA 300 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (24 PER 168Days)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (4 PER 180Days)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (3 PER 180Days), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	NIVEL 5	QL (5 PER 180Days)
TYBOST 150 MG TAB	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA PROTEASA (PI)		
APTIVUS 250 MG CAP	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
atazanavir sulfate 300 mg cap	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
darunavir 600 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
darunavir 800 mg tab	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
fosamprenavir calcium 700 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	QL (390 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab	NIVEL 4	QL (300 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
NORVIR 100 MG PACKET	NIVEL 4	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PREZCOBIX PED 600-90 MG TAB SOL	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 5	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	NIVEL 5	QL (240 PER 30 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	NIVEL 4	QL (300 PER 30 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	NIVEL 5	QL (240 PER 30 DAYS)
ritonavir 100 mg tab	NIVEL 3	QL (360 PER 30 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	NIVEL 5	QL (30 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	NIVEL 5	QL (270 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	NIVEL 5	QL (120 PER 30 DAYS)
ANTIGRIPALES		
oseltamivir phosphate 30 mg cap	NIVEL 3	QL (120 PER 180Days)
oseltamivir phosphate 45 mg cap	NIVEL 3	QL (42 PER 180Days)
oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp	NIVEL 4	QL (1080 PER 365Days)
oseltamivir phosphate 75 mg cap	NIVEL 3	QL (60 PER 180Days)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 180Days)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	NIVEL 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	NIVEL 4	QL (2 PER 30Days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	NIVEL 4	QL (1 PER 30Days)
ANTIHERPÉTICOS		
acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)	NIVEL 2	
acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
acyclovir sodium 50 mg/ml solution	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 4	
valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)	NIVEL 3	
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
LAGEVRIO 200 MG CAP	NIVEL 5	QL (40 PER 30Days)
PAXLOVID (150/100) MG & 0MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (20 PER 30Days)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 10 MG 100MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (11 PER 30Days)
PAXLOVID (300/100) 20 150 MG & 0MG TAB THPK	NIVEL 2	QL (30 PER 30Days)
ANSIOLÍTICOS		
ANSIOLÍTICOS, OTROS		
buspirone hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab)	NIVEL 2	
BENZODIACEPINAS		
alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
alprazolam 2 mg tab	NIVEL 2	QL (150 PER 30 DAYS)
clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)	NIVEL 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
clonazepam 0.5 mg tab	NIVEL 2	QL (1200 PER 30 DAYS)
clonazepam 1 mg tab	NIVEL 2	QL (600 PER 30 DAYS)
clonazepam 1 mg tab disp	NIVEL 4	QL (600 PER 30 DAYS)
clonazepam 2 mg tab	NIVEL 2	QL (300 PER 30 DAYS)
clonazepam 2 mg tab disp	NIVEL 4	QL (300 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 15 mg tab	NIVEL 3	QL (180 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 3.75 mg tab	NIVEL 3	QL (720 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 7.5 mg tab	NIVEL 3	QL (360 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)
diazepam 10 mg tab	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
diazepam 2 mg tab	NIVEL 2	QL (900 PER 30 DAYS)
diazepam 5 mg/5ml solution	NIVEL 2	QL (1800 PER 30 DAYS)
diazepam intensol 5 mg/ml conc	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)
lorazepam (2 mg tab, 2 mg/ml conc)	NIVEL 2	QL (150 PER 30 DAYS)
lorazepam 0.5 mg tab	NIVEL 2	QL (600 PER 30 DAYS)
lorazepam 1 mg tab	NIVEL 2	QL (300 PER 30 DAYS)
lorazepam intensol 2 mg/ml conc	NIVEL 2	QL (150 PER 30 DAYS)
BIPOLARES		
ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO		
lithium 8 meq/5ml solution	NIVEL 2	
lithium carbonate (lithium carbonate 150 mg cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 300 mg tab, lithium carbonate 600 mg cap, lithium carbonate 150 mg cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 600 mg cap)	NIVEL 2	
lithium carbonate er (er 300 mg tab er, er 450 mg tab er)	NIVEL 2	
REGULADORES DE LA GLUCEMIA		
ANTIDIABÉTICOS		
acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 2	
dapagliflozin base-metformin er (er 5-500 mg tab er, er 10-1000 mg tab er, er 10-500 mg tab er)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dapagliflozin base-metformin er 5-1000 mg tab 24h	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	NIVEL 1	
glipizide (glipizide 2.5 mg tab, glipizide 5 mg tab, glipizide 10 mg tab)	NIVEL 1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
glipizide er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)	NIVEL 1	
glipizide xl (2.5 mg tab er, 5 mg tab er, 10 mg tab er)	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 4	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	NIVEL 4	
glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	NIVEL 4	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
metformin hcl (500 mg tab, 850 mg tab, 1000 mg tab)	NIVEL 1	
metformin hcl er (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er)	NIVEL 1	
miglitol (miglitol 25 mg tab, miglitol 50 mg tab, miglitol 25 mg tab, miglitol 100 mg tab, miglitol 100 mg tab, miglitol 50 mg tab)	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
MOUNJARO (2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)	NIVEL 3	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) (MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	NIVEL 1	
pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)	NIVEL 4	
repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 2	
RYBELSUS (3 MG TAB, 7 MG TAB, 14 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er (er 50-500 mg tab er, er 100-1000 mg tab er)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er 50-1000 mg tab 24h	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phos-metformin hcl (50-1000 mg tab, 50-500 mg tab)	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phosphate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
SYNJARDY (5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR (5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
GLUCÉMICOS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30Days)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	NIVEL 3	QL (2 PER 30Days)
diazoxide 50 mg/ml suspension	NIVEL 5	
glucagon emergency (glucagon emergency 1 mg recon soln, glucagon emergency 1 mg recon soln, glucagon emergency 1 mg/ml recon soln)	NIVEL 3	QL (2 PER 2Days)
INSULINAS		
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	NIVEL 3	INS
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN KWIK(50-50) 100 UNIT/ML SUSP	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	INS
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN KWIK(75-25) 100 UNIT/ML SUSP	NIVEL 3	INS
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	NIVEL 3	INS
HUMULIN 70/30 KWIKPEN KWIK(70-30) 100 UNIT/ML SUSP	NIVEL 3	INS
HUMULIN N 100 UIT/ML SUSPESIO	NIVEL 3	INS
HUMULIN N KWIKPEN KWIK100 UIT/ML SUSP	NIVEL 3	INS
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	INS
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) (CONCENTATED) UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, INS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN KWIKUNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 /ML SOLN PEN	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	NIVEL 3	INS
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (40 PER 30 DAYS), INS
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (45 PER 30 DAYS), INS
NOVOLIN R FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
NOVOLIN R FLEXPEN RELION FLEXELION 100 UNIT/ML SOLN	NIVEL 3	INS
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 DAYS), INS
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (18 PER 28 DAYS), INS
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS), INS
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS), INS
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	NIVEL 3	QL (27 PER 30 DAYS), INS

HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES

ANTICOAGULANTES

dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 110 mg cap, 150 mg cap)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (0.15 MG CAP SPRINK, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 TAB SOL	NIVEL 3	QL (360 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 TAB SOL	NIVEL 3	QL (480 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (74 PER 180Days)
enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium (80 mg/0.8ml soln, 120 mg/0.8ml soln)	NIVEL 4	QL (48 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr	NIVEL 4	QL (18 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr	NIVEL 4	QL (24 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr	NIVEL 4	QL (36 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution	NIVEL 4	QL (24 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution	NIVEL 4	QL (15 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution	NIVEL 4	QL (12 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution	NIVEL 4	QL (18 PER 30 DAYS)
heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml, 5000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml)	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
jantoven (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 1	
rivaroxaban 1 mg/ml recon susp	NIVEL 3	QL (600 PER 30 DAYS)
rivaroxaban 2.5 mg tab	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
warfarin sodium (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 1	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	NIVEL 3	QL (51 PER 180Days)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS		
anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)	NIVEL 3	
eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine 25 mg packet	NIVEL 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine 75 mg tab	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
LEUKINE 250 MCG RECON SOLN	NIVEL 5	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA
RETACRIT (2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	NIVEL 4	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA
HEMOSTÁTICOS		
tranexamic acid 650 mg tab	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
MODIFICADORES PLAQUETARIOS		
aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap 12h	NIVEL 4	
cilostazol (50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 2	
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	NIVEL 1	QL (30 PER 30 DAYS)
dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	NIVEL 4	
prasugrel hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
CARDIOVASCULARES		
AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA		
clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)	NIVEL 3	
clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)	NIVEL 1	
droxidopa 100 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (540 PER 30 DAYS)
droxidopa 200 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
droxidopa 300 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (84 PER 90Days)
guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 3	
METHYLDOPA (METHYLDOPA 500 MG TAB, METHYLDOPA 250 MG TAB)	NIVEL 2	
midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 3	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA		
doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	NIVEL 2	
prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	NIVEL 2	
terazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	NIVEL 1	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)	NIVEL 3	
irbesartan (75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 1	
losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 1	
olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 2	
telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
valsartan (40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab)	NIVEL 1	
INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)		
benazepril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	
captopril (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 2	
enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	
lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	
moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 mg tab)	NIVEL 2	
PERINDOPRIL ERBUMINE (PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 8 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 4 MG TAB)	NIVEL 2	
quinapril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	
ramipril (1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	NIVEL 1	
trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	NIVEL 2	
ANTIARRÍTMICOS		
amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)	NIVEL 4	
amiodarone hcl 200 mg tab	NIVEL 2	
digox 125 mcg tab	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)	NIVEL 4	
flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)	NIVEL 3	
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	
sotalol hcl (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab)	NIVEL 2	
sotalol hcl (af) (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)	NIVEL 2	
BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)	NIVEL 2	
atenolol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 1	
betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 4	
bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	
carvedilol (3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab)	NIVEL 1	
labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 2	
metoprolol succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)	NIVEL 2	
metoprolol tartrate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 1	
nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 4	
nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 3	
pindolol (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 3	
propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PROPRANOLOL HCL (PROPRANOLOL HCL 40 MG/5ML SOLUTION, PROPRANOLOL HCL 20 MG/5ML SOLUTION)	NIVEL 3	
propranolol hcl er (er 60 mg cap er, er 80 mg cap er, er 120 mg cap er, er 160 mg cap er)	NIVEL 2	
timolol maleate (timolol maleate 20 mg tab, timolol maleate 5 mg tab, timolol maleate 10 mg tab, timolol maleate 20 mg tab, timolol maleate 5 mg tab)	NIVEL 4	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS		
amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 1	
felodipine er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)	NIVEL 2	
isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)	NIVEL 4	
nifedipine er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)	NIVEL 4	
nifedipine er osmotic release (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)	NIVEL 2	
nimodipine 30 mg cap	NIVEL 4	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NONDIHYDROPYRIDINES		
cartia xt (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er)	NIVEL 2	
cartia xt 300 mg cap er 24h	NIVEL 4	
dilt-xr (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er)	NIVEL 2	
diltiazem hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab)	NIVEL 2	
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	NIVEL 2	
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	NIVEL 2	
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	NIVEL 4	
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	NIVEL 4	
diltiazem hcl er (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er)	NIVEL 2	
diltiazem hcl er (er 60 mg cap er 12h, er 90 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 12h, er 120 mg tab er 24h, er 180 mg tab er 24h, er 240 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h, er 360 mg tab er 24h, er 420 mg tab er 24h)	NIVEL 4	
diltiazem hcl er beads 420 mg cap 24h	NIVEL 4	
matzim la (180 mg tab er, 240 mg tab er, 300 mg tab er, 360 mg tab er, 420 mg tab er)	NIVEL 4	
tiadylt er (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er)	NIVEL 2	
tiadylt er (er 300 mg cap er, er 360 mg cap er, er 420 mg cap er)	NIVEL 4	
verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)	NIVEL 1	
VERAPAMIL HCL ER (ER 100 MG CAP ER 24H, ER 200 MG CAP ER 24H, ER 300 MG CAP ER 24H, ER 360 MG CAP ER 24H)	NIVEL 4	
verapamil hcl er (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er)	NIVEL 3	
verapamil hcl er (er 120 mg tab er, er 180 mg tab er, er 240 mg tab er)	NIVEL 2	
CARDIOVASCULARES, OTHER		
acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)	NIVEL 2	
aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)	NIVEL 4	
amiloride-hydrochlorothiazide (amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab, amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab)	NIVEL 2	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)	NIVEL 2	
metyrosine 250 mg cap	NIVEL 5	
olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	NIVEL 3	
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 4	
pentoxifylline er 400 mg tab	NIVEL 2	
quinapril-hydrochlorothiazide (quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-25 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg tab, quinapril-hydrochlorothiazide 20-25 mg tab)	NIVEL 2	
ranolazine er (er 500 mg tab er, er 1000 mg tab er)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan (49-51 mg tab, 97-103 mg tab)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan 24-26 mg tab	NIVEL 3	QL (180 PER 30 DAYS)
spironolactone-hctz 25-25 mg tab	NIVEL 2	
telmisartan-amlodipine (telmisartan-amlodipine 40-5 mg tab, telmisartan-amlodipine 80-5 mg tab, telmisartan-amlodipine 40-10 mg tab, telmisartan-amlodipine 80-10 mg tab, telmisartan-amlodipine 80-5 mg tab, telmisartan-amlodipine 40-10 mg tab, telmisartan-amlodipine 40-5 mg tab, telmisartan-amlodipine 80-10 mg tab)	NIVEL 4	
telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)	NIVEL 3	
triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)	NIVEL 1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)	NIVEL 2	
VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WEGOVY (0.25 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 0.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS), NDS
WEGOVY (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WEGOVY (1.7 MG/0.75ML SOLN A-INJ, 2.4 MG/0.75ML SOLN A-INJ)	NIVEL 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS), NDS
DIURÉTICOS, ASA		
bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 2	
bumetanide 0.25 mg/ml solution	NIVEL 4	
furosemide (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1	
furosemide (furosemide 10 mg/ml solution, furosemide 10 mg/ml solution)	NIVEL 4	
FUROSEMIDE (FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 2	
torsemide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 2	
DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO		
amiloride hcl 5 mg tab	NIVEL 2	
eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 3	
spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 2	
DIURÉTICOS, TIAZIDAS		
chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	
hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)	NIVEL 1	
metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	
DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO		
fenofibrate (48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap, 134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap)	NIVEL 2	
fenofibrate micronized (43 mg cap, 67 mg cap, 130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap)	NIVEL 2	
fenofibric acid (45 mg cap dr, 135 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	
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 (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 1	
simvastatin (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	NIVEL 1	
DISLIPIDÉMICOS, OTROS		
cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	NIVEL 3	
cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	NIVEL 3	
colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)	NIVEL 4	
colestipol hcl 1 gm tab	NIVEL 3	
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 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	NIVEL 4	
niacin er (antihyperlipidemic) (er 750 mg tab er, er 1000 mg tab er)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	NIVEL 4	
omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	NIVEL 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	NIVEL 3	PA
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 3	PA
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
dapagliflozin (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)	NIVEL 3	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA		
hydralazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	NIVEL 1	
minoxidil (2.5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	
VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA/VENOUS		
isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	NIVEL 2	
isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
isosorbide mononitrate er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 120 mg tab er)	NIVEL 2	
nitro-bid 2 % ointment	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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	
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL		
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS ANFETAMÍNICOS CONTRA EL		
amphetamine-dextroamphet er (er 5 mg cap er, er 10 mg cap er, er 15 mg cap er, er 20 mg cap er, er 25 mg cap er, er 30 mg cap er)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab)	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab	NIVEL 2	QL (150 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 15 mg tab	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 20 mg tab	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 30 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS NO ANFETAMÍNICOS CONTRA EL		
atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)	NIVEL 4	QL (120 PER 30 DAYS)
atomoxetine hcl (60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
atomoxetine hcl 40 mg cap	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
dexmethylphenidate hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
guanfacine hcl er (er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er, er 4 mg tab er)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg chew tab	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg tab	NIVEL 2	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 20 mg tab	NIVEL 2	QL (90 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 5 mg tab	NIVEL 2	QL (360 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er 10 mg tab	NIVEL 3	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er 20 mg tab	NIVEL 3	QL (90 PER 30 DAYS)
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
AUSTEDO (9 MG TAB, 12 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
AUSTEDO 6 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR (6 MG TAB ER 24H, 12 MG TAB ER 24H, 18 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H, 36 MG TAB ER 24H, 42 MG TAB ER 24H, 48 MG TAB ER 24H)	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK	NIVEL 5	PA, QL (28 PER 30 DAYS)
bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30Days), NDS
butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg cap	NIVEL 4	PA, QL (48 PER 30Days), NDS
butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (48 PER 30Days), NDS
riluzole 50 mg tab	NIVEL 3	
tetrabenazine 12.5 mg tab	NIVEL 4	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
tetrabenazine 25 mg tab	NIVEL 4	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
VEOZAH 45 MG TAB	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
duloxetine hcl 20 mg cp dr part	NIVEL 3	QL (120 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 30 mg cp dr part	NIVEL 3	QL (90 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 60 mg cp dr part	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
pregabalin (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)	NIVEL 3	QL (90 PER 30 DAYS)
pregabalin 20 mg/ml solution	NIVEL 3	QL (900 PER 30 DAYS)
ESCLEROSIS MÚLTIPLE, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
BETASERON 0.3 MG KIT	NIVEL 5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
dalfampridine er 10 mg tab 12h	NIVEL 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
fingolimod hcl 0.5 mg cap	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr	NIVEL 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
glatopa 20 mg/ml soln prsyr	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatopa 40 mg/ml soln prsyr	NIVEL 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
teriflunomide (7 mg tab, 14 mg tab)	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BUCODENTALES		
chlorhexidine gluconate 0.12 % solution	NIVEL 2	
kourzeq 0.1 % paste	NIVEL 3	
oralone 0.1 % paste	NIVEL 3	
periogard 0.12 % solution	NIVEL 2	
pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	NIVEL 3	
triamcinolone acetonide 0.1 % paste	NIVEL 3	
DERMATOLÓGICOS		
ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	
acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)	NIVEL 4	
amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	
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 1-5 % gel	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	
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 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)	NIVEL 4	PA
tretinoin 0.025 % cream	NIVEL 3	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	NIVEL 4	
DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR		
ala-cort 1 % cream	NIVEL 2	
alclometasone dipropionate (alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment, alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment)	NIVEL 3	
ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)	NIVEL 2	
betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	NIVEL 2	
betamethasone dipropionate aug (0.05 % cream, 0.05 % lotion)	NIVEL 2	
betamethasone dipropionate aug (betamethasone dipropionate aug 0.05 % gel, betamethasone dipropionate aug 0.05 % ointment)	NIVEL 3	
betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)	NIVEL 2	
betamethasone valerate (betamethasone valerate 0.1 % lotion, betamethasone valerate 0.1 % lotion)	NIVEL 3	
clobetasol prop emollient base 0.05 % cream	NIVEL 4	
clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % 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 3	
EUCRISA 2 % OINTMENT	NIVEL 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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)	NIVEL 4	
fluocinonide 0.1 % cream	NIVEL 3	
fluocinonide emulsified base 0.05 % cream	NIVEL 4	
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 (hydrocortisone 1 % cream, hydrocortisone 1 % ointment, hydrocortisone 2.5 % cream, hydrocortisone 2.5 % ointment, hydrocortisone 2.5 % lotion, hydrocortisone 2.5 % lotion)	NIVEL 2	
hydrocortisone (perianal) (hydrocortisone (perianal) 1 % cream, hydrocortisone (perianal) 2.5 % cream)	NIVEL 2	
hydrocortisone butyrate (hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment, hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment)	NIVEL 4	
hydrocortisone valerate (0.2 % cream, 0.2 % ointment)	NIVEL 4	
mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)	NIVEL 2	
procto-med hc 2.5 % cream	NIVEL 2	
proctosol hc 2.5 % cream	NIVEL 2	
proctozone-hc 2.5 % cream	NIVEL 2	
selenium sulfide (selenium sulfide 2.5 % lotion, selenium sulfide 2.5 % lotion)	NIVEL 2	
tacrolimus (0.03 %, 0.1 %)	NIVEL 3	QL (100 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)	NIVEL 2	
triamcinolone acetonide (triamcinolone acetonide 0.025 % lotion, triamcinolone acetonide 0.025 % lotion)	NIVEL 3	
triderm 0.5 % cream	NIVEL 2	
DERMATOLÓGICOS, OTROS		
alcohol wipes 70 % misc	NIVEL 2	
calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)	NIVEL 3	
calcipotriene (calcipotriene 0.005 % solution, calcipotriene 0.005 % solution)	NIVEL 4	
calcitrene 0.005 % ointment	NIVEL 3	
clotrimazole-betamethasone (clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion)	NIVEL 4	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream	NIVEL 2	
cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc	NIVEL 2	
fluorouracil (fluorouracil 2 % solution, fluorouracil 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	
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 (60 PER 30 DAYS)
OTEZLA XR 75 MG TAB ER 24H	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
podofilox (podofilox 0.5 % solution, podofilox 0.5 % solution)	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
qc alcohol 70 % misc	NIVEL 2	
ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc	NIVEL 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	QL (180 PER 30 DAYS)
silver sulfadiazine 1 % cream	NIVEL 2	
ssd 1 % cream	NIVEL 2	
TOLAK 4 % CREAM	NIVEL 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	
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	NIVEL 2	
ciclopirox olamine 0.77 % suspension	NIVEL 3	
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	
ERY 2 % PAD	NIVEL 3	
erythromycin (erythromycin 2 % gel, erythromycin 2 % gel)	NIVEL 4	
erythromycin 2 % solution	NIVEL 2	
mupirocin 2 % ointment	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES		
dextrose (dextrose 10 % solution, dextrose 5 % solution, dextrose 5 % solution, dextrose 10 % solution)	NIVEL 4	
dextrose in lactated ringers in 5 % solution	NIVEL 4	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	NIVEL 4	
dextrose-sodium chloride (dextrose-sodium chloride 5-0.225 % solution, dextrose-sodium chloride 10-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 10-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.3 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.33 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution)	NIVEL 4	
kcl in dextrose-nacl (kcl in dextrose-nacl 20-5-0.2 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)	NIVEL 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	NIVEL 4	
klor-con (klor-con 8 meq tab er, klor-con 8 meq tab er)	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
klor-con 10 (klor-con 10 10 meq tab er, klor-con 10 10 meq tab er)	NIVEL 2	
klor-con m10 meq tab er	NIVEL 2	
klor-con m15 meq tab er	NIVEL 2	
klor-con m20 meq tab er	NIVEL 2	
lactated ringers (lactated ringers solution, lactated ringers solution)	NIVEL 4	
magnesium sulfate (magnesium sulfate 50 % solution, magnesium sulfate 50 % solution)	NIVEL 4	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	NIVEL 3	
potassium chloride (potassium chloride 20 meq/100ml solution, potassium chloride 40 meq/100ml solution, potassium chloride 10 meq/100ml solution, potassium chloride 20 meq/100ml solution, potassium chloride 40 meq/100ml solution, potassium chloride 2 meq/ml solution, potassium chloride 10 % solution, potassium chloride 10 meq/100ml solution, potassium chloride 20 meq/15ml (10%) solution, potassium chloride 40 meq/15ml (20%) solution)	NIVEL 4	
potassium chloride crys er (er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er)	NIVEL 2	
potassium chloride er (potassium chloride er 8 meq cap er, potassium chloride er 8 meq tab er, potassium chloride er 10 meq cap er, potassium chloride er 8 meq tab er, potassium chloride er 15 meq tab er, potassium chloride er 10 meq tab er, potassium chloride er 20 meq tab er)	NIVEL 2	
potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
potassium chloride in nacl (potassium chloride in nacl 20-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 20-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 40-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 40-0.9 meq/l-% solution)	NIVEL 4	
potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)	NIVEL 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 (pf) 0.9 % solution	NIVEL 4	
sodium chloride (sodium chloride 0.45 % solution, sodium chloride 0.9 % solution, sodium chloride 2.5 meq/ml solution, sodium chloride 5 % solution, sodium chloride 0.9 % solution, sodium chloride 3 % solution)	NIVEL 4	
SODIUM FLUORIDE (0.55 (0.25 F) MG CHEW TAB, 1.1 (0.5 F) MG CHEW TAB, 1.1 (0.5 F) MG/ML SOLUTION, 2.2 (1 F) MG CHEW TAB)	NIVEL 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES

deferasirox (250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 5	
deferasirox 125 mg tab sol	NIVEL 3	
tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 & 15 mg tab thpk, 45 & 15 mg tab thpk, 60 & 30 mg tab thpk, 90 & 30 mg tab thpk)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
tolvaptan 15 mg tab	NIVEL 5	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
tolvaptan 30 mg tab	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
trientine hcl 250 mg cap	NIVEL 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	NIVEL 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
QUELANTES DE FOSFATO		
calcium acetate (phos binder) 667 mg cap	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
sevelamer carbonate 800 mg tab	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
QUELANTES DE POTASIO		
kionex 15 gm/60ml suspension	NIVEL 3	
LOKELMA (5 GM PACKET, 10 GM PACKET)	NIVEL 3	
sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)	NIVEL 3	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION, SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION)	NIVEL 3	
GASTROINTESTINALES		
ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
constulose 10 gm/15ml solution	NIVEL 2	
enulose 10 gm/15ml solution	NIVEL 2	
gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln	NIVEL 2	
generlac 10 gm/15ml solution	NIVEL 2	
lactulose (10 gm/15ml, 20 gm/30ml)	NIVEL 2	
lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution	NIVEL 2	
LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln	NIVEL 2	
ANTIDIARREICOS		
alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)	NIVEL 4	PA
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab	NIVEL 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 (90 PER 30 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	
GASTROINTESTINALES, OTROS		
bis subcit-metronid-tetracyc 140-125-125 mg cap	NIVEL 4	QL (240 PER 365Days)
bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap	NIVEL 4	QL (240 PER 365Days)
cromolyn sodium 100 mg/5ml conc	NIVEL 4	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	NIVEL 2	
gavilyte-g 236 gm recon soln	NIVEL 2	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	NIVEL 5	PA
peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln	NIVEL 2	
ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)	NIVEL 3	
ursodiol 300 mg cap	NIVEL 4	
VOQUEZNA DUAL PAK 500-20 MG THER PACK	NIVEL 4	PA, QL (112 PER 14 DAYS)
VOQUEZNA TRIPLE PAK 500-500-20 MG THER PACK	NIVEL 4	PA, QL (112 PER 14 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)		
cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)	NIVEL 4	
famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)	NIVEL 2	
NIZATIDINE (NIZATIDINE 150 MG CAP, NIZATIDINE 300 MG CAP)	NIVEL 2	
PROTECTORES		
misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)	NIVEL 2	
sucralfate 1 gm tab	NIVEL 2	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
esomeprazole magnesium 20 mg cap dr	NIVEL 4	
esomeprazole magnesium 40 mg cap dr	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lansoprazole 15 mg cap dr	NIVEL 2	
lansoprazole 30 mg cap dr	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
omeprazole (10 mg cap dr, 20 mg cap dr)	NIVEL 1	
omeprazole 40 mg cap dr	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
pantoprazole sodium (pantoprazole sodium 40 mg recon soln, pantoprazole sodium 40 mg recon soln)	NIVEL 4	
pantoprazole sodium 20 mg tab dr	NIVEL 2	
pantoprazole sodium 40 mg tab dr	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
rabeprazole sodium 20 mg tab dr	NIVEL 2	
TRASTORNO GENÉTICO, ENZIMÁTICO O PROTEICO: SUSTITUTOS, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ARALAST NP (500 MG RECON SOLN, 1000 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
betaine powder	NIVEL 5	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
carglumic acid 200 mg tab sol	NIVEL 5	PA, LA
CREON (3000-9500 CP DR PART, 6000-19000 CP DR PART, 12000-38000 CP DR PART, 24000-76000 CP DR PART, 36000-114000 CP DR PART)	NIVEL 3	
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	NIVEL 3	
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
l-glutamine 5 gm packet	NIVEL 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
levocarnitine 330 mg tab	NIVEL 3	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	NIVEL 5	PA
REVCOVI 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA
sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)	NIVEL 5	PA
sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)	NIVEL 5	PA
ZENPEP (3000-10000 CP DR PART, 5000-24000 CP DR PART, 10000-32000 CP DR PART, 15000-47000 CP DR PART, 20000-63000 CP DR PART, 25000-79000 CP DR PART, 40000-126000 CP DR PART, 60000-189600 CP DR PART)	NIVEL 3	

GENITOURINARIOS

ANTIESPASMÓDICOS, URINARIOS

GEMTESA 75 MG TAB	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	NIVEL 3	
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	NIVEL 3	QL (300 PER 30 DAYS)
oxybutynin chloride 5 mg tab	NIVEL 2	
oxybutynin chloride er (er 5 mg tab er, er 10 mg tab er, er 15 mg tab er)	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
solifenacin succinate (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 4	ST
tolterodine tartrate er (er 2 mg cap er, er 4 mg cap er)	NIVEL 4	ST
trospium chloride 20 mg tab	NIVEL 2	
HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
alfuzosin hcl er 10 mg tab 24h	NIVEL 2	
dutasteride 0.5 mg cap	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
finasteride 5 mg tab	NIVEL 2	
silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
tadalafil 2.5 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
tadalafil 5 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	NIVEL 2	
GENITOURINARIOS, OTROS		
bethanechol chloride (5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	
FILSPARI 200 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
FILSPARI 400 MG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
penicillamine 250 mg tab	NIVEL 5	PA
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)		
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	NIVEL 4	
dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)	NIVEL 2	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5ML SOLUTION	NIVEL 4	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	NIVEL 2	
methylprednisolone (4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)	NIVEL 2	
methylprednisolone acetate (methylprednisolone acetate 40 mg/ml suspension, methylprednisolone acetate 80 mg/ml suspension, methylprednisolone acetate 40 mg/ml suspension, methylprednisolone acetate 80 mg/ml suspension)	NIVEL 4	
methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln	NIVEL 4	
prednisolone 15 mg/5ml solution	NIVEL 2	
prednisolone sodium phosphate (5 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml, 25 mg/5ml)	NIVEL 3	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5ml solution	NIVEL 2	
prednisone (prednisone 5 mg/5ml solution, prednisone 1 mg tab, prednisone 2.5 mg tab, prednisone 5 mg (21) tab thpk, prednisone 5 mg (48) tab thpk, prednisone 5 mg tab, prednisone 10 mg (21) tab thpk, prednisone 10 mg (48) tab thpk, prednisone 10 mg tab, prednisone 20 mg tab, prednisone 50 mg tab)	NIVEL 2	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	NIVEL 4	
TARPEYO 4 MG CAP DR	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution	NIVEL 4	
desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)	NIVEL 3	
desmopressin acetate 4 mcg/ml solution	NIVEL 4	
desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution	NIVEL 4	
desmopressin acetate spray (desmopressin acetate spray 0.01 % solution, desmopressin acetate spray 0.01 % solution)	NIVEL 4	
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	PA
HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
ANDRÓGENOS		
danazol (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)	NIVEL 4	
depo-testosterone (100 mg/ml, 200 mg/ml)	NIVEL 3	
testosterone (20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)	NIVEL 4	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
testosterone (testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 12.5 mg/act (1%) gel)	NIVEL 3	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
testosterone (testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel, testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel)	NIVEL 4	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
testosterone (testosterone 25 mg/2.5gm (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel)	NIVEL 4	PA, QL (300 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
testosterone cypionate (testosterone cypionate 200 mg/ml solution, testosterone cypionate 100 mg/ml solution, testosterone cypionate 200 mg/ml solution)	NIVEL 3	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)
ESTRÓGENOS		
afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab	NIVEL 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	
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	
camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	NIVEL 4	
desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	NIVEL 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 4	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	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 (0.01 % cream, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	NIVEL 2	
estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)	NIVEL 4	QL (16 PER 28 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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 10 mcg tab	NIVEL 3	
estradiol valerate (10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml)	NIVEL 4	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	NIVEL 3	QL (1 PER 84Days)
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 tab, 1-50 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	
fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 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	
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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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	
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	
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 tab, 0.15-30 tab)	NIVEL 3	
levora 0.15/30 (28) 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	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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 4	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	
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 tab, 1.5-30 tab)	NIVEL 3	
norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	NIVEL 3	
norethindrone acet-ethinyl est (1-20 tab, 1.5-30 tab)	NIVEL 3	
norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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	
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	
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-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	
tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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	
PROGESTINAS		
camila 0.35 mg tab	NIVEL 3	
deblitane 0.35 mg tab	NIVEL 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	
emzahh 0.35 mg tab	NIVEL 3	
errin 0.35 mg tab	NIVEL 3	
gallifrey 5 mg tab	NIVEL 2	
heather 0.35 mg tab	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
incassia 0.35 mg tab	NIVEL 3	
jencycla 0.35 mg tab	NIVEL 3	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	NIVEL 3	
lyleq 0.35 mg tab	NIVEL 3	
lyza 0.35 mg tab	NIVEL 3	
medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)	NIVEL 3	
medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	
megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	NIVEL 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
megestrol acetate (megestrol acetate 625 mg/5ml suspension, megestrol acetate 625 mg/5ml suspension)	NIVEL 4	PA
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	
norlyroc 0.35 mg tab	NIVEL 3	
orquidea 0.35 mg tab	NIVEL 3	
progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)	NIVEL 2	
sharobel 0.35 mg tab	NIVEL 3	
MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS		
OSPHENA 60 MG TAB	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
raloxifene hcl 60 mg tab	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
euthyrox (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)	NIVEL 1	
levo-t (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)	NIVEL 3	
levothyroxine sodium (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)	NIVEL 1	
levoxyl (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)	NIVEL 3	
liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)	NIVEL 2	
REZDIFFRA (60 MG TAB, 80 MG TAB, 100 MG TAB)	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SYNTHROID (25 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB, 100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 300 MCG TAB)	NIVEL 3	
unithroid (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)	NIVEL 3	
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
cabergoline 0.5 mg tab	NIVEL 3	
leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit	NIVEL 4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	NIVEL 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	NIVEL 5	
mifepristone 300 mg tab	NIVEL 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
octreotide acetate (octreotide acetate 50 mcg/ml solution, octreotide acetate 100 mcg/ml solution, octreotide acetate 200 mcg/ml solution, octreotide acetate 500 mcg/ml solution, octreotide acetate 1000 mcg/ml solution, octreotide acetate 50 mcg/ml soln prsyr, octreotide acetate 100 mcg/ml soln prsyr)	NIVEL 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA
ORGOVYX 120 MG TAB	NIVEL 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	NIVEL 5	

HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDEOS)

ANTITIROIDEOS

methimazole (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	
propylthiouracil 50 mg tab	NIVEL 2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
INMUNOLÓGICOS		
ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL		
HAEGARDA (2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN)	NIVEL 5	PA, LA
icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60Days)
sajazir 30 mg/3ml soln prsyr	NIVEL 5	PA, QL (36 PER 60Days)
INMUNOGLOBULINAS		
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION)	NIVEL 5	PA, LA
INMUNOLÓGICOS, OTHER		
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 (300 MG DOSE) 150 /ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, LA
COSENTYX (75 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, LA
COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, LA

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
VELSIPITY 2 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR (75 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	NIVEL 4	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (104 ML PER 365Days)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)
INMUNOESTIMULANTES		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
INMUNOSUPRESORES		
azathioprine 50 mg tab	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine (25 mg cap, 100 mg cap)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine modified (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL 50 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	NIVEL 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
everolimus 1 mg tab	NIVEL 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
gengraf (25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	NIVEL 4	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	NIVEL 4	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
METHOTREXATE SODIUM (50 MG/2ML SOLUTION, 250 MG/10ML SOLUTION)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium (pf) (methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 250 mg/10ml solution, methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 1000 mg/40ml 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 susp, 500 mg 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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	NIVEL 4	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	NIVEL 4	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) RINGE) 80 MG/0.8ML PREF KT	NIVEL 4	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	NIVEL 4	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) RINGE) 20 MG/0.2ML PREF KT	NIVEL 4	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) RINGE) 40 MG/0.4ML PREF KT	NIVEL 4	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	NIVEL 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYMFENTRA (1 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYMFENTRA (2 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT	NIVEL 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) RINGE) 120 MG/ML PREF KT	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
VACUNAS		
ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	NIVEL 3	VAC
ACTHIB RECONSOLN	NIVEL 3	
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	NIVEL 3	VAC
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	NIVEL 3	VAC
BEXSERO SUSPPRSYR	NIVEL 3	VAC
BOOSTRIX 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5SUSPENSION	NIVEL 3	
DENGVAXIA RECONSUSP	NIVEL 4	
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (9 SUSPENSION, 9 0.5 ML SUSP PRSYR)	NIVEL 4	VAC
HAVRIX (720 U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 U/0.5ML SUSPENSION)	NIVEL 3	
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	NIVEL 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
INFANRIX 25-58-10SUSPENSION	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 RECONSOLN	NIVEL 3	VAC
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	NIVEL 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	NIVEL 3	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
PEDIARIX SUSPPRSYR	NIVEL 3	
PEDVAXHIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	
PENMENVY RECONSUSP	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PENTACEL RECONSUSP	NIVEL 3	
PRIORIX RECONSUSP	NIVEL 3	VAC
PROQUAD RECONSUSP	NIVEL 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	NIVEL 3	
RABAVERT RECONSUSP	NIVEL 3	VAC
RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION, 10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION)	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
ROTARIX SUSPENSION	NIVEL 3	
ROTATEQ SOLUTION	NIVEL 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	QL (2 PER 365Days), VAC
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	QL (1 ML PER 365 DAYS), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	NIVEL 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
TRUMENBA SUSPPRSYR	NIVEL 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	NIVEL 3	VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	NIVEL 4	VAC
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION)	NIVEL 3	
VAQTA (50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	NIVEL 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	NIVEL 3	VAC
VAXCHORA RECONSUSP	NIVEL 4	VAC

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	NIVEL 4	
VIVOTIF CAPDR	NIVEL 4	
YF-VAX RECONSUSP	NIVEL 4	VAC

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, MEDICAMENTOS CONTRA LA

AMINOSALICILATOS

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

GLUCOCORTICOIDES

budesonide 3 mg cp dr part	NIVEL 4	QL (90 PER 30 DAYS)
budesonide er 9 mg tab 24h	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
CORTIFOAM 10 %	NIVEL 4	
hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 2	
hydrocortisone 100 mg/60ml enema	NIVEL 3	

ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
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
ENOBY 60 MG/ML SOLN PRSYR	NIVEL 4	PA
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
teriparatide (teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen, teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen)	NIVEL 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	NIVEL 5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (1.7 PER 28 DAYS)
XTRENBO 120 MG/1.7ML SOLUTION	NIVEL 4	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
zoledronic acid (zoledronic acid 4 mg/100ml solution, zoledronic acid 4 mg/5ml conc, zoledronic acid 5 mg/100ml solution)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS

ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32GX4MMMISC	NIVEL 3	
ALCOHOL 70% PADS	NIVEL 2	
ALCOHOL PADS S 70 %	NIVEL 2	
ALCOHOL PREP PAD	NIVEL 2	
ALCOHOL PREP PADS S 70 %	NIVEL 2	
ALCOHOL SWABS 70 % PAD	NIVEL 2	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	NIVEL 2	
AQ INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
AQINJECT PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
ARGYLE STERILE WATER SOLUTION	NIVEL 2	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31GX5MMMISC	NIVEL 3	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30GX5MMMISC	NIVEL 3	
AUM ALCOHOL PREP PADS S 70 %	NIVEL 2	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)	NIVEL 3	
AUM PEN NEEDLE (PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC, PEN 32G 6 MISC, PEN 33G 4 MISC, PEN 33G 5 MISC, PEN 33G 6 MISC)	NIVEL 3	
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE (PEN 5 MISC, PEN 8 MISC)	NIVEL 3	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE MINI U/F 31G X 5 MM MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 29G X 12.7MM MISC	NIVEL 3	
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 31G X 8 MM MISC	NIVEL 3	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	NIVEL 2	
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS 32GX4MMMISC	NIVEL 3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (27G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (PEN 30G 8 MISC, PEN 31G 4 MISC, PEN 31G 5 MISC)	NIVEL 3	
CVS ALCOHOL PREP PADS S 70 %	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2"PAD	NIVEL 2	
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.3 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
DROPLET MICRON 34GX3.5MMMISC	NIVEL 3	
DROPLET PEN NEEDLES (PEN 29G 10MM MISC, PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC, PEN 32G 8 MM MISC)	NIVEL 3	
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO (4 MISC, 5 MISC, 8 MISC)	NIVEL 3	
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (29G 5/16" 0.5 ML MISC, 29G 5/16" 1 ML MISC, 31G 1/2" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 32G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (PEN 29G 4MM MISC, PEN 29G 5MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	NIVEL 3	
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML MISC	NIVEL 3	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30GX5MMMISC	NIVEL 3	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (5/16" 0.3 ML MISC, 15/64" 0.3 ML MISC)	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE (29G 1/2" 0.3 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" ML MISC	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	NIVEL 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 3GX4MMMISC	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32GX4MMMISC	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 29GX12.7MMMISC	NIVEL 3	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	NIVEL 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (PEN 29G 12MM MISC, PEN 30G 5 MM MISC, PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)	NIVEL 3	
gauze pads 2	NIVEL 2	
GNP PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 6 MISC)	NIVEL 3	
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70 % PAD	NIVEL 2	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	
INSULIN PEN NEEDLES	NIVEL 3	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 4 MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 5 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC, PEN 32G 8 MM MISC, PEN 33G 4 MM MISC, PEN 33G 5 MM MISC, PEN 33G 6 MM MISC, PEN 33G 8 MM MISC)	NIVEL 3	
ringers irrigation (ringers irrigation solution, ringers irrigation solution)	NIVEL 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 31GX5MMMISC	NIVEL 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2"PAD	NIVEL 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
sterile water for irrigation (sterile water for irrigation solution, sterile water for irrigation solution)	NIVEL 2	
SUPER TOUCH INSULIN SYRINGE (27G 1/2" 0.5 ML MISC, 27G 5/8" 1 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC, 28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
SUPER TOUCH PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32GX4MMMISC	NIVEL 3	
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 32GX4MMMISC	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC, 32G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 6 MISC)	NIVEL 3	
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES 32GX4MMMISC	NIVEL 3	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
UNIFINE PENTIPS 32GX4MMMISC	NIVEL 3	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (PEN 30G 5 MISC, PEN 30G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)	NIVEL 3	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC, PEN 34G 3.5 MM MISC)	NIVEL 3	
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (PEN 29G 12MM MISC, PEN 31G 5 MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC, PEN 32G 6 MM MISC)	NIVEL 3	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
VERIFINE INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	NIVEL 3	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	NIVEL 3	
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR 29G X 1/2" 1 ML MISC	NIVEL 3	
VOWST CAP	NIVEL 5	PA, LA, QL (12 PER 30Days)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	NIVEL 2	
OFTÁLMICOS		
OFTÁLMICOS, OTROS		
atropine sulfate (atropine sulfate 1 % solution, atropine sulfate 1 % solution)	NIVEL 3	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc (bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment, bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment)	NIVEL 3	
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 2	
brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution	NIVEL 4	
dorzolamide hcl-timolol mal (dorzolamide hcl-timolol mal 2-0.5 % solution, dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution, dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution)	NIVEL 2	
neo-polycin 3.5-400-10000ointment	NIVEL 2	
neo-polycin hc 1 % ointment	NIVEL 3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
neomycin-bacitracin zn-polymyx (neomycin-bacitracin zn-polymyx 3.5-400-10000 ointment, neomycin-bacitracin zn-polymyx 5-400-10000 ointment, neomycin-bacitracin zn-polymyx 5-400-10000 ointment)	NIVEL 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-.025SOLUTION	NIVEL 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1SUSPENSION	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 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	NIVEL 2	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	NIVEL 3	
XDEMVY 0.25 % SOLUTION	NIVEL 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	NIVEL 3	
OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS		
azelastine hcl 0.05 % solution	NIVEL 2	
cromolyn sodium (cromolyn sodium 4 % solution, cromolyn sodium 4 % solution)	NIVEL 2	
OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	NIVEL 4	
erythromycin (erythromycin 5 mg/gm ointment, erythromycin 5 mg/gm ointment)	NIVEL 2	
gentamicin sulfate 0.3 % solution	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
LEVOFLOXACIN (LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION, LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION, LEVOFLOXACIN 1.5 % SOLUTION)	NIVEL 3	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	NIVEL 2	
moxifloxacin hcl 0.5 % solution	NIVEL 4	
NATACYN 5 % SUSPENSION	NIVEL 3	
ofloxacin 0.3 % solution	NIVEL 2	
polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution	NIVEL 2	
sulfacetamide sodium (sulfacetamide sodium 10 % ointment, sulfacetamide sodium 10 % solution, sulfacetamide sodium 10 % solution)	NIVEL 2	
tobramycin 0.3 % solution	NIVEL 2	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	NIVEL 3	
ZIRGAN 0.15 % GEL	NIVEL 4	QL (5 PER 30 DAYS)
OFTÁLMICOS ANTIINFLAMATORIOS		
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	NIVEL 2	
diclofenac sodium 0.1 % solution	NIVEL 2	
difluprednate 0.05 % emulsion	NIVEL 4	
fluorometholone 0.1 % suspension	NIVEL 3	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	NIVEL 2	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	NIVEL 3	QL (3 PER 30 DAYS)
KETOROLAC TROMETHAMINE 0.4 % SOLUTION	NIVEL 3	
ketorolac tromethamine 0.5 % solution	NIVEL 2	
prednisolone acetate 1 % suspension	NIVEL 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	NIVEL 2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
OPHTHALMIC BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA		
betaxolol hcl (betaxolol hcl 0.5 % solution, betaxolol hcl 0.5 % solution)	NIVEL 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	NIVEL 2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	NIVEL 2	
timolol maleate (0.25 % gel soln, 0.5 % gel soln)	NIVEL 4	
timolol maleate (0.25 %, 0.5 %)	NIVEL 1	
OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS		
acetazolamide er 500 mg cap 12h	NIVEL 4	
apraclonidine hcl (apraclonidine hcl 0.5 % solution, apraclonidine hcl 0.5 % solution)	NIVEL 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 4	
dorzolamide hcl (dorzolamide hcl 2 % solution, dorzolamide hcl 2 % solution)	NIVEL 2	
methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 4	
pilocarpine hcl (1 %, 2 %, 4 %)	NIVEL 2	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	NIVEL 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	NIVEL 3	
OFTÁLMICOS ANÁLOGOS DE LAS PROSTAGLANDINAS Y PROSTAMIDAS		
bimatoprost 0.03 % solution	NIVEL 3	QL (5 PER 30 DAYS)
latanoprost (latanoprost 0.005 % solution, latanoprost 0.005 % solution)	NIVEL 1	
travoprost (bak free) 0.004 % solution	NIVEL 2	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	NIVEL 4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ÓTICOS		
acetic acid 2 % solution	NIVEL 2	
ciprofloxacin hcl 0.2 % solution	NIVEL 3	
ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	NIVEL 4	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	NIVEL 3	
DERMOTIC 0.01 % OIL	NIVEL 3	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution	NIVEL 3	
neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)	NIVEL 2	
ofloxacin 0.3 % solution	NIVEL 2	
TRACTO RESPIRATORIO/PULMONARES, MEDICAMENTOS DEL		
ANTIINFLAMATORIOS, CORTICOSTEROIDES PARA INHALAR		
ARNUITY ELLIPTA (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (50 MCG/ACT AEROSOL, 100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL)	NIVEL 3	QL (13 PER 30 DAYS)
budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
QVAR REDIHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	NIVEL 3	QL (21.2 PER 30 DAYS)
ANTIHISTAMÍNICOS		
azelastine hcl (0.1 %, 137 mcg/spray)	NIVEL 2	QL (30 PER 25 DAYS)
cetirizine hcl (1 mg/ml, 5 mg/5ml)	NIVEL 2	
cyproheptadine hcl 4 mg tab	NIVEL 3	PA
hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	NIVEL 2	PA
hydroxyzine pamoate (hydroxyzine pamoate 50 mg cap, hydroxyzine pamoate 100 mg cap, hydroxyzine pamoate 25 mg cap)	NIVEL 3	PA
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab	NIVEL 2	
promethazine hcl (6.25 mg/5ml, 12.5 mg/10ml)	NIVEL 2	PA
ANTILEUCOTRIENOS		
montelukast sodium (4 mg chew tab, 5 mg chew tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
montelukast sodium 4 mg packet	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
BRONCODILATADORES, ANTICOLINÉRGICOS		
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.02 % solution	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ipratropium bromide 0.03 % solution	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.06 % solution	NIVEL 2	QL (45 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide hfa 17 mcg/act aero soln	NIVEL 4	QL (25.8 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	NIVEL 3	QL (4 PER 30 DAYS)
tiotropium bromide 18 mcg cap	NIVEL 3	QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
BRONCODILATADORES, SYMPATHOMIMETIC		
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 mg tab, 2 mg/5ml syrup, 4 mg tab, 8 mg/20ml syrup)	NIVEL 4	
albuterol sulfate (albuterol sulfate 0.63 mg/3ml nebu soln, albuterol sulfate 1.25 mg/3ml nebu soln, albuterol sulfate 2.5 mg/0.5ml nebu soln, albuterol sulfate (2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, albuterol sulfate (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, albuterol sulfate (5 mg/ml) 0.5% nebu soln)	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln	NIVEL 2	QL (36 PER 30 DAYS)
epinephrine (epinephrine 0.3 mg/0.3ml soln a-inj, epinephrine 0.15 mg/0.15ml soln a-inj, epinephrine 0.3 mg/0.3ml soln a-inj, epinephrine 0.15 mg/0.3ml soln a-inj)	NIVEL 3	QL (24 PER 365Days)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	NIVEL 3	QL (24 PER 365Days)
levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml soln, 0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/0.5ml soln, 1.25 mg/3ml soln)	NIVEL 4	PA
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)
FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA		
KALYDECO (5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	NIVEL 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
TOBI PODHALER 28 MG CAP	NIVEL 5	PA, LA, QL (224 PER 56Days)
tobramycin 300 mg/4ml nebu soln	NIVEL 4	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
tobramycin 300 mg/5ml nebu soln	NIVEL 4	PA, QL (280 PER 56Days)
TRIKAFTA (50-25-37.5 75 MG TAB THPK, 100-50-75 150 MG TAB THPK)	NIVEL 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
ESTABILIZADORES DE LOS MASTOCITOS		
cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln	NIVEL 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS		
roflumilast 250 mcg tab	NIVEL 4	QL (28 PER 180Days)
roflumilast 500 mcg tab	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
theophylline er (theophylline er 300 mg tab er 12h, theophylline er 400 mg tab er 24h, theophylline er 450 mg tab er 12h, theophylline er 600 mg tab er 24h, theophylline er 100 mg tab er 12h, theophylline er 200 mg tab er 12h)	NIVEL 3	
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
alyq 20 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 4	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
macitentan 10 mg tab	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
riociguat (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab)	NIVEL 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
sildenafil citrate 20 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
tadalafil (pah) 20 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI (200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB, 1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 100 MCG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (420 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
UPTRAVI 150 MCG TAB	NIVEL 5	PA, LA, QL (560 PER 28 DAYS)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	NIVEL 5	PA, LA, QL (200 PER 180Days)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	NIVEL 5	PA, QL (1 PER 21Days)
FIBROSIS PULMONAR, MEDICAMENTOS PARA LA		
nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)	NIVEL 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	NIVEL 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)	NIVEL 3	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	NIVEL 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
pirfenidone 801 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL		
acetylcysteine (10 %, 20 %)	NIVEL 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (45-21 MCG/ACT AEROSOL, 115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL)	NIVEL 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (50-25 MCG/INH AER POW BA, 100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
breyna (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)	NIVEL 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
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 (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)	NIVEL 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 4	QL (4 PER 30 DAYS)
flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution	NIVEL 3	QL (50 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate 50 mcg/act suspension	NIVEL 2	QL (16 PER 30 DAYS)
fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (55-14 MCG/ACT AER POW BA, 113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 2	QL (1 PER 30 DAYS)
ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution	NIVEL 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
NUCALA (100 MG RECON SOLN, 100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	NIVEL 5	PA, LA, QL (3 PER 28 DAYS)
NUCALA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	NIVEL 5	PA, LA, QL (0.4 PER 28 DAYS)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	NIVEL 3	
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	NIVEL 3	QL (60 PER 30 DAYS)
wixela inhub (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
MIORRELAJANTES		
carisoprodol 350 mg tab	NIVEL 4	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
cyclobenzaprine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)	NIVEL 2	PA
methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)	NIVEL 4	PA
TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS		
DORMIR, MEDICAMENTOS PARA		
eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LÍMITES
ramelteon 8 mg tab	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
tasimelteon 20 mg cap	NIVEL 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
temazepam 15 mg cap	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
temazepam 30 mg cap	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
zaleplon 10 mg cap	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
zaleplon 5 mg cap	NIVEL 2	QL (120 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate 10 mg tab	NIVEL 2	QL (30 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate 5 mg tab	NIVEL 2	QL (60 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate er 12.5 mg tab	NIVEL 4	QL (30 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate er 6.25 mg tab	NIVEL 4	QL (60 PER 30 DAYS)
EUGEROICOS		
armodafinil (50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab)	NIVEL 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
modafinil 100 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
modafinil 200 mg tab	NIVEL 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
sodium oxybate (sodium oxybate 500 mg/ml solution, sodium oxybate 500 mg/ml solution)	NIVEL 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

Índice de medicamentos

A

abacavir sulfate . . . 50
abacavir sulfate-lamivudine . . . 50
ABELCET . . . 24
ABILIFY MAINTENA . . . 44
abiraterone acetate . . . 27
abirtega . . . 27
ABRYSVO . . . 103
acamprosate calcium . . . 5
acarbose . . . 54
accutane . . . 74
acebutolol hcl . . . 63
acetaminophen-codeine . . . 2,3
acetazolamide . . . 65
acetazolamide er . . . 117
acetic acid . . . 118
acetylcysteine . . . 122
acitretin . . . 74
ACTHIB . . . 103
ACTIMMUNE . . . 101
acyclovir . . . 52,78
acyclovir sodium . . . 53
ADACEL . . . 103
adefovir dipivoxil . . . 48
ADEMPAS . . . 121
ADVAIR HFA . . . 122
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE . . . 107
afirmelle . . . 89
AIMOVIG . . . 25
AKEEGA . . . 29
ala-cort . . . 75
albendazole . . . 40
ALBUTEROL 90MCG HFA INHALER (GENERIC PROAIR) . . . 120
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Proair) . . . 120
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Proventil) . . . 120
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin) . . . 120
albuterol sulfate . . . 120
albuterol sulfate hfa . . . 120
alclometasone dipropionate . . . 75
ALCOHOL 70% PADS . . . 107
ALCOHOL PADS . . . 107
ALCOHOL PREP . . . 107
ALCOHOL PREP PADS . . . 107
ALCOHOL SWABS . . . 107
ALCOHOL SWABSTICK . . . 107
alcohol wipes . . . 77
ALDURAZYME . . . 84
ALECENSA . . . 31
alendronate sodium . . . 106
alfuzosin hcl er . . . 86
aliskiren fumarate . . . 65
allopurinol . . . 25
alosetron hcl . . . 83
alprazolam . . . 53
altavera . . . 89
ALUNBRIG . . . 31
alyacen 1/35 . . . 89
alyacen 7/7/7 . . . 89
alyq . . . 121
amantadine hcl . . . 42
ambrisentan . . . 121
amikacin sulfate . . . 6
amiloride hcl . . . 68
amiloride-hydrochlorothiazide . . . 65
amiodarone hcl . . . 62
amitriptyline hcl . . . 22
amlodipine besy-benazepril hcl . . . 66
amlodipine besylate . . . 64
amlodipine besylate-valsartan . . . 66
amlodipine-olmesartan . . . 66
amlodipine-valsartan-hctz . . . 66
ammonium lactate . . . 75
amnesteem . . . 74
amoxapine . . . 22
amoxicillin . . . 10
amoxicillin trihydrate . . . 10
amoxicillin-pot clavulanate . . . 10

amoxicillin-pot clavulanate er . . . 10
amphetamine-dextroamphet er . . . 71
amphetamine-dextroamphetamine . . . 71
AMPHOTERICIN B . . . 24
amphotericin b liposome . . . 24
ampicillin . . . 10
ampicillin sodium . . . 11
ampicillin-sulbactam sodium . . . 11
anagrelide hcl . . . 60
anastrozole . . . 30
ANORO ELLIPTA . . . 122
apraclonidine hcl . . . 117
aprepitant . . . 23
apri . . . 89
APTIVUS . . . 51
AQ INSULIN SYRINGE . . . 107
AQINJECT PEN NEEDLE . . . 108
ARALAST NP . . . 84
ARANELLE . . . 89
ARCALYST . . . 99
AREXVY . . . 103
ARGYLE STERILE WATER . . . 108
ARIKAYCE . . . 6
aripiprazole . . . 44
armodafinil . . . 124
ARNUITY ELLIPTA . . . 118
asenapine maleate . . . 44
ashlyna . . . 89
ASMANEX (120 METERED DOSES) . . . 118
ASMANEX (14 METERED DOSES) . . . 118
ASMANEX (30 METERED DOSES) . . . 118
ASMANEX (60 METERED DOSES) . . . 118
ASMANEX HFA . . . 118
aspirin-dipyridamole er . . . 60
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES . . . 108
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES . . . 108
atazanavir sulfate . . . 51
atenolol . . . 63
atenolol-chlorthalidone . . . 66
atomoxetine hcl . . . 71,72
atorvastatin calcium . . . 69
atovaquone . . . 41
atovaquone-proguanil hcl . . . 41
atropine sulfate . . . 114
aubra . . . 89
aubra eq . . . 89
AUGTYRO . . . 29
AUM ALCOHOL PREP PADS . . . 108
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE . . . 108
AUM PEN NEEDLE . . . 108
AURANOFIN . . . 99
aurovela 1.5/30 . . . 89
aurovela 1/20 . . . 89
aurovela fe 1.5/30 . . . 89
aurovela fe 1/20 . . . 89
AUSTEDO . . . 72
AUSTEDO XR . . . 72
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION . . . 72
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE . . . 108
AUVELITY . . . 20
AUVELITY TITRATION PACK . . . 20
aviane . . . 89
avidoxy . . . 13
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK . . . 30
ayuna . . . 89
AYVAKIT . . . 31
azathioprine . . . 101
AZATHIOPRINE SODIUM . . . 101
azelastine hcl . . . 115,119
azithromycin . . . 12
aztreonam . . . 6
azurette . . . 89

B

bac (butalbital-acetamin-caff) . . . 72
bacitra-neomycin-polymyxin-hc . . . 114
BACITRACIN . . . 115
BACITRACIN-POLYMYXIN B . . . 114
baclofen . . . 48
balsalazide disodium . . . 106
BALVERSA . . . 31
balziva . . . 89

BAQSIMI ONE PACK . . . 57
BAQSIMI TWO PACK . . . 57
BARACLUDE . . . 48
BCG VACCINE . . . 104
BD INSULIN SYRINGE . . . 108
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC . . . 108
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC . . . 108
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC . . . 108
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC . . . 108
benazepril hcl . . . 62
benazepril-hydrochlorothiazide . . . 66
BENLYSTA . . . 99
benzoyl peroxide-erythromycin . . . 74
benztropine mesylate . . . 42
BESIVANCE . . . 13
BESREMI . . . 101
BESREMI PEN . . . 29
betaine . . . 84
betamethasone dipropionate . . . 75
betamethasone dipropionate aug . . . 75
betamethasone valerate . . . 75
BETASERON . . . 73
betaxolol hcl . . . 63,117
bethanechol chloride . . . 86
bexarotene . . . 40
BEXSERO . . . 104
bicalutamide . . . 27
BICILLIN L-A . . . 11
BIKTARVY . . . 49
BILDYOS . . . 106
BILPREVDA . . . 106
bimatoprost . . . 117
bis subcit-metronid-tetracyc . . . 83
bismuth/metronidaz/tetracyclin . . . 83
bisoprolol fumarate . . . 63
bisoprolol-hydrochlorothiazide . . . 66
BIXLENVO . . . 49
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK . . . 51
blisovi fe 1.5/30 . . . 89
blisovi fe 1/20 . . . 89
BOOSTRIX . . . 104
BOSULIF . . . 31
bosutinib . . . 31
BRAFTOVI . . . 31
BREO ELLIPTA . . . 122
breyna . . . 122
BREZTRI AEROSPHERE . . . 122
briellyn . . . 89
brimonidine tartrate . . . 117
brimonidine tartrate-timolol . . . 114
brinzolamide . . . 117
brivaracetam . . . 14
bromocriptine mesylate . . . 42
BRUKINSA . . . 31
budesonide . . . 106,118
budesonide er . . . 106
budesonide-formoterol fumarate . . . 122
bumetanide . . . 68
buprenorphine hcl . . . 5
buprenorphine hcl-naloxone hcl . . . 5
bupropion hcl . . . 20
bupropion hcl er (smoking det) . . . 5
bupropion hcl er (sr) . . . 20
bupropion hcl er (xl) . . . 20
buspirone hcl . . . 53
butalbital-apap-caff-cod . . . 3
butalbital-apap-caffeine . . . 72
butalbital-aspirin-caffeine . . . 1
butorphanol tartrate . . . 3
BYSANTI . . . 44
BYSANTI TITRATION PACK A . . . 44
BYSANTI TITRATION PACK B . . . 44
BYSANTI TITRATION PACK C . . . 44

C

CABENUVA . . . 51
cabergoline . . . 97
CABOMETYX . . . 31

calcipotriene . . . 77
calcitonin (salmon) . . . 106
calcitrene . . . 77
calcitriol . . . 106
CALCITRIOL . . . 107
calcium acetate (phos binder) . . . 82
CALQUENCE . . . 32
camila . . . 95
camrese . . . 89
camrese lo . . . 89
candesartan cilexetil . . . 61
candesartan cilexetil-hctz . . . 66
CAPLYTA . . . 45
CAPRELSA . . . 32
captopril . . . 62
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE . . . 66
carbamazepine . . . 17
carbamazepine er . . . 17
carbidopa . . . 42
carbidopa-levodopa . . . 43
carbidopa-levodopa er . . . 43
carbidopa-levodopa-entacapone . . . 42
CARETOUCH ALCOHOL PREP . . . 108
carglumic acid . . . 85
carisoprodol . . . 123
CARTEOLOL HCL . . . 117
cartia xt . . . 64
carvedilol . . . 63
CAVHANZA . . . 32
CAYSTON . . . 6
CEFACLOR . . . 8
cefadroxil . . . 8
cefazolin sodium . . . 8
cefdinir . . . 8
cefepime hcl . . . 9
cefixime . . . 9
cefotetan disodium . . . 9
cefoxitin sodium . . . 9
CEFPODOXIME PROXETIL . . . 9
cefprozil . . . 9
ceftaroline fosamil . . . 9
CEFTAZIDIME . . . 9
ceftriaxone sodium . . . 9
cefuroxime axetil . . . 9
cefuroxime sodium . . . 9
celecoxib . . . 1
cephalexin . . . 10
cetirizine hcl . . . 119
chateal eq . . . 90
chlorhexidine gluconate . . . 74
chloroquine phosphate . . . 41
chlorpromazine hcl . . . 43
chlorthalidone . . . 68
cholestyramine . . . 69
cholestyramine light . . . 69
ciclodan . . . 78
ciclopirox . . . 78
ciclopirox olamine . . . 78
cilostazol . . . 60
CILOXAN . . . 13
CIMDUO . . . 50
cimetidine . . . 84
cinacalcet hcl . . . 107
ciprofloxacin hcl . . . 13,118
ciprofloxacin in d5w . . . 13
ciprofloxacin-dexamethasone . . . 118
citalopram hydrobromide . . . 21
claravis . . . 74
CLARITHROMYCIN . . . 12
clarithromycin . . . 12
clarithromycin er . . . 12
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS . . . 108
clindamycin hcl . . . 6
clindamycin palmitate hcl . . . 6
clindamycin phos (once-daily) . . . 78
clindamycin phos (twice-daily) . . . 78
clindamycin phos-benzoyl perox . . . 74
clindamycin phosphate . . . 6,78
clindamycin phosphate in d5w . . . 6
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL . . . 6
clobazam . . . 16
clobetasol prop emollient base . . . 75

clobetasol propionate....75
clomipramine hcl....22
clonazepam....53
clonidine....61
clonidine hcl....61
clopidogrel bisulfate....60
clorazepate dipotassium....53
clotrimazole....24
clotrimazole-betamethasone....77
clozapine....47
COARTEM....41
COBENFY....47
COBENFY STARTER PACK....47
codeine sulfate....3
CODEINE SULFATE....3
colchicine....25
colchicine-probenecid....25
colestipol hcl....69
colistimethate sodium (cba)....7
COMBIVENT RESPIMAT....122
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)....32
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)....32
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)....32
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE....108
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES....108
compro....23
constulose....82
COPIKTRA....32
CORLANOR....66
CORTIFOAM....106
CORTISONE ACETATE....86
CORTISPORIN-TC....118
COSENTYX....99
COSENTYX (300 MG DOSE)....99
COSENTYX SENSOREADY (300 MG)....99
COSENTYX SENSOREADY PEN....99
COSENTYX UNOREADY....99
COTELLIC....32
CREON....85
CRESEMBA....24
cromolyn sodium....83,115,121
cryselle....90
cryselle-28....90
CVS ALCOHOL PREP PADS....108
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE....109
cvs isopropyl alcohol wipes....77
cyclobenzaprine hcl....123
CYCLOPHOSPHAMIDE....27
cyclosporine....101
cyclosporine modified....101
cyproheptadine hcl....119
cyred....90
cyred eq....90

D

dabigatran etexilate mesylate....58
dalfampridine er....73
danazol....88
dantrolene sodium....48
dapaglifloz base-metformin er....54
dapagliflozin....70
dapsone....26
DAPTACEL....104
daptomycin....7
darunavir....51
dasatinib....32
dasetta 1/35....90
dasetta 7/7/7....90
DAURISMO....32
daysee....90
deblitane....95
deferasirox....81
DELSTRIGO....49
delyla....90
DENGVAXIA....104
DEPO-ESTRADIOL....90
DEPO-SUBQ PROVERA 104....95
depo-testosterone....88
DERMOTIC....118
DESCOVY....50
desipramine hcl....22
desmopressin ace spray refrig....88

desmopressin acetate 88
desmopressin acetate pf 88
desmopressin acetate spray 88
desogestrel-ethinyl estradiol 90
desonide 75
desoximetasone 75
desvenlafaxine succinate er 21
dexamethasone 86
DEXAMETHASONE 86
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 86
dexamethasone sod phosphate pf 87
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 87,116
dexmethylphenidate hcl 72
dextroamphetamine sulfate 71
dextrose 79
dextrose in lactated ringers 79
DEXTROSE-NACL 79
dextrose-sodium chloride 79
DIACOMIT 14
diazepam 16,54
diazepam intensol 54
diazoxide 57
diclofenac potassium 1
diclofenac sodium 1,116
diclofenac sodium er 1
dicloxacillin sodium 11
dicyclomine hcl 83
DIFICID 12
diflunisal 1
difluprednate 116
digox 62
digoxin 62
dihydroergotamine mesylate 26
DILANTIN 18
dilt-xr 64
diltiazem hcl 64
DILTIAZEM HCL 120 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE 64
DILTIAZEM HCL 180 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE 64
DILTIAZEM HCL 240 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE 64
DILTIAZEM HCL 300 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE 65
DILTIAZEM HCL 360 MG EXTENDED RELEASE 24HR CAPSULE 65
diltiazem hcl er 65
diltiazem hcl er beads 65
dimethyl fumarate 73
dimethyl fumarate starter pack 73
diphenoxylate-atropine 83
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 83
dipyridamole 60
disulfiram 5
divalproex sodium 14
divalproex sodium er 14
dofetilide 62
donepezil hcl 19
DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 10 MG 19
DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY DISINTEGRATING TAB 5 MG 19
dorzolamide hcl 117
dorzolamide hcl-timolol mal 114
dotti 90
DOVATO 49
doxazosin mesylate 61
doxepin hcl 22
doxercalciferol 107
doxy 100 13
doxycycline hyclate 13,14
doxycycline monohydrate 14
DRIZALMA SPRINKLE 73
dronabinol 23
DROPLET INSULIN SYRINGE 109
DROPLET MICRON 109
DROPLET PEN NEEDLES 109
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO 109
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE . 109
drospirenone-ethinyl estradiol 90
DROXIA 85

droxidopa 61
duloxetine hcl 73
DUPIXENT 100
dutasteride 86
dutasteride-tamsulosin hcl 86

E

e.e.s. 400 12
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 109
EASY COMFORT PEN NEEDLES 109
EASY TOUCH INSULIN BARRELS 109
ec-naproxen 1
econazole nitrate 24
EDURANT PED 49
efavirenz 49
efavirenz-emtricitab-tenofo df 49
efavirenz-lamivudine-tenofovir 49
ELAPRASE 85
elinest 90
ELIQUIS 58
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 58
ELIQUIS (2 MG PACK) 58
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 59
eltrombopag olamine 60
eluryng 90
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 109
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 109
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 110
EMBECTA INSULIN SYRINGE 110
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 110
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 110
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F 110
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 110
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN . . . 110
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 110
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 110
EMBRACE PEN NEEDLES 110
EMGALITY 25
EMGALITY (300 MG DOSE) 25
EMSAM 20
emtricitab-rilpivir-tenofov df 49
emtricitabine 50
emtricitabine-tenofovir df 50
EMTRIVA 50
emzahh 95
enalapril maleate 62
enalapril-hydrochlorothiazide 66
ENBREL 101
ENBREL MINI 102
ENBREL SURECLICK 102
endocet 3
ENGERIX-B 104
enilloring 90
ENOBY 107
enoxaparin sodium 59
enpresse-28 90
ENSACOVE 30
enskyce 90
entacapone 42
entecavir 48
ENTYVIO PEN 100
enulose 82
ENVARSUS XR 102
EPIDIOLEX 14
epinephrine 120
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK) 120
epitol 18
eplerenone 68
ERGOLOID MESYLATES 19
ERGOTAMINE-CAFFEINE 26
ERIVEDGE 32
ERLEADA 28
erlotinib hcl 32
errin 95
ertapenem sodium 12
ERY 78
erythrocin lactobionate 12
erythromycin 78,115
erythromycin base 12
erythromycin ethylsuccinate 12
erythromycin lactobionate 12

ERZOFRI 45
escitalopram oxalate 21
eslicarbazepine acetate 18
esomeprazole magnesium 84
estarylla 90
estradiol 90,91
estradiol valerate 91
ESTRING 91
estrogens conjugated 91
eszopiclone 123
ethambutol hcl 27
ethosuximide 15
ethynodiol diac-eth estradiol 91
etodolac 1
etodolac er 1
etonogestrel-ethinyl estradiol 91
etravirine 49
EUCRISA 75
EULEXIN 28
euthyrox 97
everolimus 32,33,102
EVOTAZ 51
exemestane 30
EXXUA 20
EXXUA TITRATION PACK 20
ezetimibe 69
ezetimibe-simvastatin 69

F

falmina 91
famciclovir 53
famotidine 84
FANAPT 45
FANAPT TITRATION PACK A 45
FANAPT TITRATION PACK B 45
FANAPT TITRATION PACK C 45
FARXIGA 70
febuxostat 25
feirza 1.5/30 91
feirza 1/20 91
felbamate 14
felodipine er 64
fenofibrate 69
fenofibrate micronized 69
fenofibric acid 69
fentanyl 2
FETZIMA 21
FETZIMA TITRATION 21
fidaxomicin 12
FILSPARI 86
finasteride 86
fingolimod hcl 73
FINTEPLA 14
flecainide acetate 62
fluconazole 24
fluconazole in sodium chloride 24
flucytosine 24
fludrocortisone acetate 87
flunisolide 122
fluocinolone acetonide 75
fluocinolone acetonide body 76
fluocinolone acetonide scalp 76
fluocinonide 76
fluocinonide emulsified base 76
fluorometholone 116
fluorouracil 77
fluoxetine hcl 21
fluphenazine decanoate 43
fluphenazine hcl 43
FLURBIPROFEN 1
FLURBIPROFEN SODIUM 116
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL . 123
fluticasone propionate 76,123
fluticasone-salmeterol 123
FLUTICASONE-SALMETEROL 123
fluvoxamine maleate 21
fondaparinux sodium 59
fosamprenavir calcium 51
fosfomycin tromethamine 7
fosinopril sodium 62
fosinopril sodium-hctz 66
FOTIVDA 33

FRUZAQLA 29
FULPHILA 60
fulvestrant 28
furosemide 68
FUROSEMIDE 68
fyavolv 91

G

gabapentin 16
galantamine hydrobromide 19
GALANTAMINE HYDROBROMIDE 19
galantamine hydrobromide er 19
gallifrey 95
GAMUNEX-C 99
GARDASIL 9 104
GAUZE PADS 2 110
GAVILYTE-C 83
gavilyte-g 83
gavilyte-n with flavor pack 82
GAVRETO 33
gefitinib 33
gemfibrozil 69
GEMTESA 85
generlac 82
gengraf 102
gentamicin sulfate 6,115
GENVOYA 49
GILOTRIF 33
glatiramer acetate 73
glatopa 73
glimepiride 54
glipizide 54
glipizide er 55
glipizide xl 55
glipizide-metformin hcl 55
glucagon emergency 57
glyburide 55
GLYBURIDE MICRONIZED 55
glyburide-metformin 55
glycopyrrolate 83
GLYXAMBI 55
GNP PEN NEEDLES 110
GOMEKLI 33
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 110
granisetron hcl 23
griseofulvin microsize 24
griseofulvin ultramicrosize 24
guanfacine hcl 61
guanfacine hcl er 72

H

HADLIMA 102
HADLIMA PUSHTOUCH 102
HAEGARDA 99
hailey 1.5/30 91
hailey fe 1.5/30 91
hailey fe 1/20 91
halobetasol propionate 76
haloette 91
haloperidol 43
haloperidol decanoate 43
haloperidol lactate 44
HAVRIX 104
heather 95
heparin sodium (porcine) 59
heparin sodium (porcine) pf 59
HEPLISAV-B 104
HERNEXEOS 33
HIBERIX 104
HIZENTRA 99
HUMALOG 57
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 57
HUMALOG KWIKPEN 57
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 57
HUMALOG MIX 75/25 57
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 57
HUMULIN 70/30 57
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 57
HUMULIN N 57
HUMULIN N KWIKPEN 57
HUMULIN R 57
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) . . . 57

HUMULIN R U-500 KWIKPEN 57
hydralazine hcl 70
hydrochlorothiazide 68
hydrocodone-acetaminophen 3
hydrocortisone 76,106
hydrocortisone (perianal) 76
hydrocortisone butyrate 76
hydrocortisone valerate 76
hydrocortisone-acetic acid 118
hydromorphone hcl 3
hydroxychloroquine sulfate 41
hydroxyurea 29
hydroxyzine hcl 119
hydroxyzine pamoate 119
HYRNUO 33

I

ibandronate sodium 107
IBRANCE 33
IBTROZI 33
ibu 1
ibuprofen 1
icatibant acetate 99
iclevia 91
ICLUSIG 33
icosapent ethyl 70
IDHIFA 33
IDVYNSO 51
ILEVRO 116
imatinib mesylate 33
IMBRUVICA 33,34
imipenem-cilastatin 12
imipramine hcl 22
imiquimod 77
IMKELDI 34
IMOVAX RABIES 104
IMPAVIDO 41
incassia 96
INCRELEX 88
INCRUSE ELLIPTA 119
indapamide 69
indomethacin 1
indomethacin er 1
INFANRIX 104
INLURIYO 28
INLYTA 34
INQOVI 29
INREBIC 34
INSULIN LISPRO 58
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 58
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 58
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO 58
INSULIN PEN NEEDLES 110
INSULIN PEN NEEDLES 110
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 111
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 111
INSULIN SYRINGE 1 ML 111
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 111
INSUPEN PEN NEEDLES 111
INSUPEN32G EXTR3ME 111
INTELENCE 50
INTRALIPID 111
introvale 91
INVEGA HAFYERA 45
INVEGA SUSTENNA 45
INVEGA TRINZA 45,46
IPOL 104
ipratropium bromide 119
ipratropium bromide hfa 119
ipratropium-albuterol 123
irbesartan 61
irbesartan-hydrochlorothiazide 66
ISENTRESS 49
ISENTRESS HD 49
isibloom 91
isoniazid 27
isopropyl alcohol 77
isopropyl alcohol wipes 77
isosorbide dinitrate 70
isosorbide mononitrate 70
isosorbide mononitrate er 70
isotretinoin 74

isradipine . . . 64
ITOVEBI . . . 34
itraconazole . . . 24
ivabradine hcl . . . 66
ivermectin . . . 41
IWILFIN . . . 29
IXIARO . . . 104

J

jaimiess . . . 91
JAKAFI . . . 34
JAKAFI XR . . . 34
jantoven . . . 59
JARDIANCE . . . 70
jasmiel . . . 91
JAYPIRCA . . . 34
jencycla . . . 96
JENTADUETO . . . 55
JENTADUETO XR . . . 55
JIDEYTRO . . . 34
jinteli . . . 91
jolessa . . . 91
joyeaux . . . 91
JUBBONTI . . . 107
juleber . . . 91
JULUCA . . . 49
junel 1.5/30 . . . 92
junel 1/20 . . . 92
junel fe 1.5/30 . . . 92
junel fe 1/20 . . . 92
JYNNEOS . . . 104

K

KALETRA . . . 51
kalliga . . . 92
KALYDECO . . . 120
kariva . . . 92
kcl in dextrose-nacl . . . 79
KCL-LACTATED RINGERS-D5W . . . 79
kelnor 1/35 . . . 92
kelnor 1/50 . . . 92
KERENDIA . . . 55
ketoconazole . . . 24
KETOROLAC TROMETHAMINE . . . 116
ketorolac tromethamine . . . 116
KINERET . . . 100
KINRIX . . . 104
kionex . . . 82
KISQALI (200 MG DOSE) . . . 34
KISQALI (400 MG DOSE) . . . 34
KISQALI (600 MG DOSE) . . . 34
klor-con . . . 79
klor-con 10 . . . 80
klor-con m10 . . . 80
klor-con m15 . . . 80
klor-con m20 . . . 80
KLOXXADO . . . 5
KOMZIFTI . . . 34
KOSELUGO . . . 34,35
kourzeq . . . 74
KRAZATI . . . 35
kurvelo . . . 92

L

l-glutamine . . . 85
labetalol hcl . . . 63
lacosamide . . . 18
lactated ringers . . . 80,111
lactulose . . . 82
lactulose encephalopathy . . . 82
LAGEVRIO . . . 53
lamivudine . . . 48,50
lamivudine-zidovudine . . . 50
lamotrigine . . . 14
lansoprazole . . . 84
LANTUS . . . 58
LANTUS SOLOSTAR . . . 58
lapatinib ditosylate . . . 35
larin 1.5/30 . . . 92
larin 1/20 . . . 92
larin fe 1.5/30 . . . 92
larin fe 1/20 . . . 92

latanoprost . . . 117
LAZCLUZE . . . 30
LEDERLE LEUCOVORIN . . . 29
leena . . . 92
leflunomide . . . 102
lenalidomide . . . 28
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) . . . 35
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) . . . 35
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) . . . 35
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) . . . 35
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) . . . 35
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) . . . 35
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) . . . 35
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) . . . 35
LEQEMBI IQLIK . . . 19
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) . . . 19
lessina . . . 92
letrozole . . . 30
leucovorin calcium . . . 29,30
LEUKERAN . . . 27
LEUKINE . . . 60
leuprolide acetate . . . 97
levalbuterol hcl . . . 120
LEVALBUTEROL TARTRATE . . . 120
levetiracetam . . . 14
levetiracetam er . . . 15
levo-t . . . 97
LEVOBUNOLOL HCL . . . 117
levocarnitine . . . 85
levocetirizine dihydrochloride . . . 119
levofloxacin . . . 13
LEVOFLOXACIN . . . 116
levofloxacin in d5w . . . 13
levonest . . . 92
levonorg-eth estrad triphasic . . . 92
levonorgest-eth estrad 91-day . . . 92
levonorgest-eth estradiol-iron . . . 92
levonorgestrel-ethinyl estrad . . . 92
levora 0.15/30 (28) . . . 92
levothyroxine sodium . . . 97
levoxyl . . . 97
lidocaine . . . 4
lidocaine hcl . . . 4
LIDOCAINE HCL . . . 4
lidocaine viscous hcl . . . 4
lidocaine-prilocaine . . . 4
lidocan . . . 4
LIFYORLI (125 MG DOSE) . . . 35
LIFYORLI (150 MG DOSE) . . . 35
LILETTA (52 MG) . . . 96
lincomycin hcl . . . 7
linezolid . . . 7
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE . . . 7
LINZESS . . . 82
liothyronine sodium . . . 97
lisinopril . . . 62
lisinopril-hydrochlorothiazide . . . 66
lithium . . . 54
lithium carbonate . . . 54
lithium carbonate er . . . 54
LIVTENCITY . . . 48
lo-zumandimine . . . 92
loestrin 1.5/30 (21) . . . 92
loestrin 1/20 (21) . . . 92
loestrin fe 1.5/30 . . . 92
loestrin fe 1/20 . . . 93
lojaimiess . . . 93
LOKELMA . . . 82
lomustine . . . 27
LONSURF . . . 30
loperamide hcl . . . 83
lopinavir-ritonavir . . . 52
lorazepam . . . 54
lorazepam intensol . . . 54
LORBRENA . . . 35
loryna . . . 93
losartan potassium . . . 61
losartan potassium-hctz . . . 66
lovastatin . . . 69
low-ogestrel . . . 93
loxapine succinate . . . 44
lubiprostone . . . 82

luizza 1.5/30 . . . 93
luizza 1/20 . . . 93
LUMAKRAS . . . 35
LUPRON DEPOT (1-MONTH) . . . 98
LUPRON DEPOT (3-MONTH) . . . 98
LUPRON DEPOT (4-MONTH) . . . 98
LUPRON DEPOT (6-MONTH) . . . 98
lurasidone hcl . . . 46
lutera . . . 93
LYBALVI . . . 20
lyleq . . . 96
lyllana . . . 93
LYNPARZA . . . 36
LYSODREN . . . 30
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) . . . 36
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) . . . 36
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) . . . 36
lyza . . . 96

M

M-M-R II . . . 104
macitentan . . . 121
magnesium sulfate . . . 80
malathion . . . 78
maraviroc . . . 51
marlissa . . . 93
MARPLAN . . . 20
MATULANE . . . 27
matzim la . . . 65
MAVYRET . . . 48
meclizine hcl . . . 23
medpura alcohol pads . . . 77
medroxyprogesterone acetate . . . 96
mefloquine hcl . . . 41
megestrol acetate . . . 96
MEKINIST . . . 36
MEKTOVI . . . 36
meleya . . . 96
meloxicam . . . 1
memantine hcl . . . 19
memantine hcl er . . . 19
MENEST . . . 93
MENQUADFI . . . 104
MENVEO . . . 104
mercaptopurine . . . 29
meropenem . . . 12
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE . . . 12
mesalamine . . . 106
mesalamine er . . . 106
mesna . . . 40
metformin hcl . . . 55
metformin hcl er . . . 55
methadone hcl . . . 2
methazolamide . . . 117
methenamine hippurate . . . 7
methergine . . . 111
methimazole . . . 98
methocarbamol . . . 123
METHOTREXATE SODIUM . . . 102
methotrexate sodium . . . 102
methotrexate sodium (pf) . . . 102
methsuximide . . . 15
METHYLDOPA . . . 61
methylergonovine maleate . . . 111
methylphenidate hcl . . . 72
methylphenidate hcl er . . . 72
methylprednisolone . . . 87
methylprednisolone acetate . . . 87
methylprednisolone sodium succ . . . 87
metoclopramide hcl . . . 23
metolazone . . . 69
metoprolol succinate er . . . 63
metoprolol tartrate . . . 63
metoprolol-hydrochlorothiazide . . . 67
metronidazole . . . 7
metyrosine . . . 67
mexiletine hcl . . . 63
micafungin sodium . . . 25
MICONAZOLE 3 . . . 25
microgestin 1.5/30 . . . 93
microgestin 1/20 . . . 93
microgestin fe 1.5/30 . . . 93

microgestin fe 1/20 . . . 93
midodrine hcl . . . 61
mifepristone . . . 98
miglitol . . . 55
mili . . . 93
minocycline hcl . . . 14
minoxidil . . . 70
minzoya . . . 93
mirtazapine . . . 20
misoprostol . . . 84
modafinil . . . 124
MODEYSO . . . 30
moexipril hcl . . . 62
MOLINDONE HCL . . . 44
mometasone furoate . . . 76
mondoxyne nl . . . 14
mono-linyah . . . 93
montelukast sodium . . . 119
morphine sulfate . . . 4
morphine sulfate (concentrate) . . . 3
morphine sulfate er . . . 2
MOUNJARO . . . 55
MOVANTIK . . . 82
moxifloxacin hcl . . . 13,116
MOXIFLOXACIN HCL . . . 13
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) . . . 116
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL . . . 13
MRESVIA . . . 104
mupirocin . . . 78
mycophenolate mofetil . . . 102
mycophenolate mofetil hcl . . . 102
mycophenolate sodium . . . 103
mycophenolic acid . . . 103
MYRBETRIQ . . . 85

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf . . . 82
nabumetone . . . 1
nadolol . . . 63
nafcillin sodium . . . 11
NAGLAZYME . . . 85
naloxone hcl . . . 5
naltrexone hcl . . . 5
naproxen . . . 2
naproxen dr . . . 2
naratriptan hcl . . . 26
NATACYN . . . 116
nateglinide . . . 55
NAYZILAM . . . 4
nebivolol hcl . . . 63
necon 0.5/35 (28) . . . 93
NEFAZODONE HCL . . . 21
neo-polycin . . . 114
neo-polycin hc . . . 114
neomycin sulfate . . . 6
neomycin-bacitracin zn-polymyx . . . 115
neomycin-polymyxin-dexameth . . . 115
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN . . . 115
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC . . . 115
neomycin-polymyxin-hc . . . 118
NERLYNX . . . 36
nevirapine . . . 50
NEVIRAPINE . . . 50
nevirapine er . . . 50
NEXPLANON . . . 96
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) . . . 70
niacin er (antihyperlipidemic) . . . 70
NIACOR . . . 70
NICOTROL NS . . . 5
nifedipine er . . . 64
nifedipine er osmotic release . . . 64
nikki . . . 93
nilotinib hcl . . . 36
nilutamide . . . 28
nimodipine . . . 64
NINLARO . . . 36
nintedanib esylate . . . 122
nitazoxanide . . . 41
nitisinone . . . 85
nitro-bid . . . 70
nitrofurantoin macrocrystal . . . 7
nitrofurantoin monohyd macro . . . 7

nitroglycerin . . . 71
NIVESTYM . . . 60
NIZATIDINE . . . 84
nora-be . . . 96
norelgestromin-eth estradiol . . . 93
norethin ace-eth estrad-fe . . . 93
norethin-eth estradiol-fe . . . 93
norethindrone . . . 96
norethindrone acet-ethinyl est . . . 93
norethindrone acetate . . . 96
norethindrone-eth estradiol . . . 93
norgestim-eth estrad triphasic . . . 94
norgestimate-eth estradiol . . . 94
norlyroc . . . 96
nortrel 0.5/35 (28) . . . 94
nortrel 1/35 (21) . . . 94
nortrel 1/35 (28) . . . 94
nortrel 7/7/7 . . . 94
nortriptyline hcl . . . 22,23
NORVIR . . . 52
NovoFine 32G X 6 MM MISC . . . 111
NOVOLIN R FLEXPEN . . . 58
NOVOLIN R FLEXPEN RELION . . . 58
NUBEQA . . . 28
NUCALA . . . 123
NUPLAZID . . . 46
NURTEC . . . 26
NUTRILIPID . . . 111
nylia 1/35 . . . 94
nylia 7/7/7 . . . 94
nystatin . . . 25
nystatin-triamcinolone . . . 77

O

ocella . . . 94
octreotide acetate . . . 98
OCTREOTIDE ACETATE . . . 98
ODEFSEY . . . 50
ODOMZO . . . 36
OFEV . . . 122
ofloxacin . . . 116,118
OGSIVEO . . . 36
OJEMDA . . . 36
OJJAARA . . . 30
olanzapine . . . 46
olmesartan medoxomil . . . 61
olmesartan medoxomil-hctz . . . 67
olmesartan-amlodipine-hctz . . . 67
omega-3-acid ethyl esters . . . 70
omeprazole . . . 84
OMNITROPE . . . 83,88
ondansetron . . . 23
ONDANSETRON HCL . . . 24
ondansetron hcl . . . 24
ONUREG . . . 29
OPIPZA . . . 46
OPVEE . . . 111
oralone . . . 74
ORGOVYX . . . 98
orquidea . . . 96
ORSERDU . . . 28
oseltamivir phosphate . . . 52
OSPHENA . . . 96
OTEZLA . . . 77,100
OTEZLA XR . . . 77
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK . . . 100
oxaprozin . . . 2
oxcarbazepine . . . 18
oxybutynin chloride . . . 85
oxybutynin chloride er . . . 85
oxycodone hcl . . . 4
oxycodone-acetaminophen . . . 4
OZEMPIC . . . 56
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) . . . 55
OZEMPIC (1 MG/DOSE) . . . 56
OZEMPIC (2 MG/DOSE) . . . 56

P

pacerone . . . 63
paliperidone er . . . 46
PANRETIN . . . 40
pantoprazole sodium . . . 84

paricalcitol . . . 107
paroxetine hcl . . . 21
PAROXETINE HCL . . . 21
PAXLOVID (150/100) . . . 53
PAXLOVID (300/100 & 150/100) . . . 53
PAXLOVID (300/100) . . . 53
pazopanib hcl . . . 36
PAZOPANIB HCL . . . 36
PEDIARIX . . . 104
PEDVAXHIB . . . 104
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl . . . 83
peg-3350/electrolytes . . . 83
PEGASYS . . . 101
PEMAZYRE . . . 37
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP . . . 111
PEN NEEDLES . . . 111
PENBRAYA . . . 111
penicillamine . . . 86
penicillin g potassium . . . 11
PENICILLIN G SODIUM . . . 11
penicillin v potassium . . . 11
PENMENVY . . . 104
PENTACEL . . . 105
pentamidine isethionate . . . 41
pentoxifylline er . . . 67
perampanel . . . 15
PERINDOPRIL ERBUMINE . . . 62
periogard . . . 74
permethrin . . . 78
perphenazine . . . 23
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE . . . 20
PERSERIS . . . 46
pfizerpen . . . 11
PHENELZINE SULFATE . . . 21
phenobarbital . . . 16
phenytek . . . 18
phenytoin . . . 18
phenytoin infatabs . . . 18
phenytoin sodium extended . . . 18
philith . . . 94
PIFELTRO . . . 50
pilocarpine hcl . . . 74,117
pimozide . . . 44
pimtrea . . . 94
pindolol . . . 63
pioglitazone hcl . . . 56
pioglitazone hcl-glimepiride . . . 56
pioglitazone hcl-metformin hcl . . . 56
piperacillin sod-tazobactam so . . . 11
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) . . . 37
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) . . . 37
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) . . . 37
pirfenidone . . . 122
PIRFENIDONE . . . 122
piroxicam . . . 2
PNV 27-CA/FE/FA . . . 80
podofilox . . . 77
polycin . . . 115
polymyxin b sulfate . . . 7
polymyxin b-trimethoprim . . . 116
pomalidomide . . . 28
POMALYST . . . 28
portia-28 . . . 94
posaconazole . . . 25
potassium chloride . . . 80
potassium chloride crys er . . . 80
potassium chloride er . . . 80
potassium chloride in dextrose . . . 80
potassium chloride in nacl . . . 81
potassium citrate er . . . 81
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% . . . 81
pramipexole dihydrochloride . . . 42
prasugrel hcl . . . 60
pravastatin sodium . . . 69
praziquantel . . . 41
prazosin hcl . . . 61
prednisolone . . . 87
prednisolone acetate . . . 116
prednisolone sodium phosphate . . . 87
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE . . . 116
prednisone . . . 87
PREDNISONE INTENSOL . . . 87

pregabalin . . . 73
PREMARIN . . . 94
PREMASOL . . . 81
PREMIUM LIDOCAINE . . . 5
Prenatal vitamins . . . 81
PRETOMANID . . . 27
prevalite . . . 70
PREVYMIS . . . 48
PREZCOBIX . . . 52
PREZCOBIX PED . . . 52
PREZISTA . . . 52
primaquine phosphate . . . 41
primidone . . . 16
PRIORIX . . . 105
PRO COMFORT ALCOHOL . . . 111
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE . . . 111
probenecid . . . 25
prochlorperazine . . . 23
prochlorperazine maleate . . . 23
procto-med hc . . . 76
proctosol hc . . . 76
proctozone-hc . . . 76
progesterone . . . 96
PROGRAF . . . 103
promethazine hcl . . . 23,119
propafenone hcl . . . 63
propranolol hcl . . . 63
PROPRANOLOL HCL . . . 64
propranolol hcl er . . . 64
propylthiouracil . . . 98
PROQUAD . . . 105
protriptyline hcl . . . 23
PULMOZYME . . . 121
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE . . . 111
pyrazinamide . . . 27
pyridostigmine bromide . . . 26
pyridostigmine bromide er . . . 26
pyrimethamine . . . 41

Q

qc alcohol . . . 78
QINLOCK . . . 30
QUADRACEL . . . 105
quetiapine fumarate . . . 46
quetiapine fumarate er . . . 46
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE . . . 112
quinapril hcl . . . 62
quinapril-hydrochlorothiazide . . . 67
QUINIDINE SULFATE . . . 63
quinine sulfate . . . 41
QVAR REDIHALER . . . 119

R

ra isopropyl alcohol wipes . . . 78
RABAVERT . . . 105
rabeprazole sodium . . . 84
RALDESY . . . 21
raloxifene hcl . . . 96
raltegravir potassium . . . 49
ramelteon . . . 124
ramipril . . . 62
ranolazine er . . . 67
rasagiline mesylate . . . 43
reclipsen . . . 94
RECOMBIVAX HB . . . 105
RELENZA DISKHALER . . . 52
repaglinide . . . 56
REPATHA . . . 70
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM . . . 70
REPATHA SURECLICK . . . 70
RESTASIS . . . 115
RETACRIT . . . 60
RETEVMO . . . 37
REVCOVI . . . 85
REVUFORJ . . . 37
REXULTI . . . 46
REYATAZ . . . 52
REZDIFFRA . . . 97
REZLIDHIA . . . 37
RHOPRESSA . . . 117
RIBAVIRIN . . . 48
ribavirin . . . 48

RIDAURA 100
rifabutin 26
rifampin 27
rifapentine 27
rilpivirine hcl 50
riluzole 72
RIMANTADINE HCL 52
ringers 81
ringers irrigation 112
RINVOQ 100
RINVOQ LQ 100
riociguat 121
risperidone 47
risperidone microspheres er 47
ritonavir 52
rivaroxaban 59
rivastigmine tartrate 19
rizatriptan benzoate 26
ROCKLATAN 115
roflumilast 121
ROMVIMZA 37
ropinirole hcl 42
ropinirole hcl er 42
rosuvastatin calcium 69
ROTARIX 105
ROTATEQ 105
roweepra 15
ROZLYTREK 37
RUBRACA 37
rufinamide 18
RUKOBIA 51
RYBELSUS 56
RYDAPT 37

S

sacubitril-valsartan 67
sajazir 99
SANTYL 78
sapropterin dihydrochloride 85
SCEMBLIX 37
scopolamine 23
SECUADO 47
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 112
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 112
selegiline hcl 43
selenium sulfide 76
SELZENTRY 51
SEREVENT DISKUS 120
sertraline hcl 22
setlakin 94
sevelamer carbonate 82
sharobel 96
SHINGRIX 105
SIGNIFOR 98
sildenafil citrate 121
SILIGENTLE FOAM DRESSING 112
silodosin 86
silver sulfadiazine 78
SIMBRINZA 117
SIMLANDI (1 PEN) 103
SIMLANDI (1 SYRINGE) 103
SIMLANDI (2 PEN) 103
SIMLANDI (2 SYRINGE) 103
simliya 94
simpesse 94
simvastatin 69
sirolimus 103
SIRTURO 27
sitaglip phos-metformin hcl er 56
sitagliptin phos-metformin hcl 56
sitagliptin phosphate 56
SKYRIZI 100
SKYRIZI PEN 100
SMOFLIPID 112
sodium chloride 81
sodium chloride (pf) 81
SODIUM FLUORIDE 81
sodium oxybate 124
sodium phenylbutyrate 85
sodium polystyrene sulfonate 82
solifenacin succinate 86
SOLTAMOX 29

SOMAVERT . . . 98
sorafenib tosylate . . . 38
sotalol hcl . . . 63
sotalol hcl (af) . . . 63
SPIRIVA RESPIMAT . . . 119
spironolactone . . . 68
spironolactone-hctz . . . 67
sprintec 28 . . . 94
SPRITAM . . . 15
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) . . . 82
sronyx . . . 94
ssd . . . 78
sterile water for irrigation . . . 112
STIOLTO RESPIMAT . . . 123
STIVARGA . . . 38
STREPTOMYCIN SULFATE . . . 6
STRIBILD . . . 49
subvenite . . . 15
SUBVENITE . . . 15
sucralfate . . . 84
sulfacetamide sodium . . . 116
sulfacetamide sodium (acne) . . . 74
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE . . . 115
sulfadiazine . . . 13
sulfamethoxazole-trimethoprim . . . 13
sulfasalazine . . . 106
sulfatrim pediatric . . . 13
sulindac . . . 2
sumatriptan . . . 26
sumatriptan succinate . . . 26
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL . . . 26
sunitinib malate . . . 38
SUNLENCA . . . 51
SUPER TOUCH INSULIN SYRINGE . . . 112
SUPER TOUCH PEN NEEDLES . . . 112
SURE COMFORT PEN NEEDLES . . . 112
syeda . . . 94
SYMPAZAN . . . 16,17
SYMTUZA . . . 52
SYNAREL . . . 98
SYNJARDY . . . 56
SYNJARDY XR . . . 56
SYNTHROID . . . 97

T

TABLOID . . . 29
TABRECTA . . . 38
tacrolimus . . . 76,103
tadalafil . . . 86
tadalafil (pah) . . . 121
TAFINLAR . . . 38
TAGRISSO . . . 38
TALZENNA . . . 38
tamoxifen citrate . . . 29
tamsulosin hcl . . . 86
tarina fe 1/20 . . . 94
tarina fe 1/20 eq . . . 94
TARPEYO . . . 87
tasimelteon . . . 124
tazarotene . . . 74
TAZICEF . . . 10
TAZVERIK . . . 38
TDVAX . . . 105
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES . . . 112
telmisartan . . . 61
telmisartan-amlodipine . . . 67
telmisartan-hctz . . . 67
temazepam . . . 124
TENIVAC . . . 105
tenofovir disoproxil fumarate . . . 50
TEPMETKO . . . 38
terazosin hcl . . . 61
terbinafine hcl . . . 25
terconazole . . . 25
teriflunomide . . . 73
teriparatide . . . 107
testosterone . . . 88
testosterone cypionate . . . 89
TESTOSTERONE ENANTHATE . . . 89
tetrabenazine . . . 72
tetracycline hcl . . . 14
THALOMID . . . 28

theophylline er 121
thioridazine hcl 44
thiothixene 44
tiadylt er 65
tiagabine hcl 17
TIBSOVO 38
ticagrelor 61
TICOVAC 105
tigecycline 7
timolol maleate 64,117
tinidazole 7
tiotropium bromide 119
TIVICAY 49
TIVICAY PD 49
tizanidine hcl 48
TOBI PODHALER 121
tobramycin 116,121
tobramycin sulfate 6
tobramycin-dexamethasone 115
TOLAK 78
tolterodine tartrate 86
tolterodine tartrate er 86
tolvaptan 81
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 112
topiramate 15
toremifene citrate 29
torsemide 68
TOUJEO MAX SOLOSTAR 58
TOUJEO SOLOSTAR 58
TPN ELECTROLYTES 81
TRADJENTA 56
tramadol hcl 4
tramadol-acetaminophen 4
trandolapril 62
tranexamic acid 60
tranylcypromine sulfate 21
travoprost (bak free) 117
trazodone hcl 22
TRECATOR 27
TRELEGY ELLIPTA 123
TREMFYA 100
TREMFYA ONE-PRESS 100
TREMFYA PEN 100
TREMFYA-CD/UC INDUCTION 100
TRESIBA 58
TRESIBA FLEXTOUCH 58
tretinoin 40,74
tri-estarylla 94
tri-linyah 94
tri-mili 94
tri-sprintec 94
tri-vylibra 95
triamcinolone acetonide 74,77
triamterene-hctz 67
triderm 77
trientine hcl 82
TRIENTINE HCL 82
trifluoperazine hcl 44
TRIFLURIDINE 116
trihexyphenidyl hcl 42
TRIKAFTA 121
trimethoprim 7
trimipramine maleate 23
TRINTELLIX 22
TRIUMEQ 50
TRIUMEQ PD 50
trivora (28) 95
trospium chloride 86
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 113
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 113
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 113
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 113
TRULICITY 56
TRUMENBA 105
TRUQAP 38
TUKYSA 38
TURALIO 38
turqoz 95
TWINRIX 105
TYBOST 51
TYENNE 101
TYMLOS 107

TYPHIM VI 105

U

UDENYCA 60
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 113
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES 113
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 113
UNIFINE PENTIPS 113
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 113
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE . . 113
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 113
unithroid 97
UPTRAVI 121,122
ursodiol 83

V

valacyclovir hcl 53
VALCHLOR 78
valganciclovir hcl 48
valproate sodium 15
valproic acid 15
valsartan 62
valsartan-hydrochlorothiazide 68
VALTOCO 10 MG DOSE 17
VALTOCO 15 MG DOSE 17
VALTOCO 20 MG DOSE 17
VALTOCO 5 MG DOSE 17
valtya 1/35 95
VALTYA 1/50 95
vancomycin hcl 8
VANFLYTA 38,39
VAQTA 105
varenicline tartrate 5
varenicline tartrate (starter) 5
varenicline tartrate(continue) 5
VARIVAX 105
VAXCHORA 105
VELIVET 95
VELSIPITY 101
VENCLEXTA 39
VENCLEXTA STARTING PACK 39
venlafaxine hcl 22
venlafaxine hcl er 22
VEOZAH 72
VEPPANU 29
verapamil hcl 65
VERAPAMIL HCL ER 65
verapamil hcl er 65
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 113
VERIFINE INSULIN SYRINGE 114
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 114
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR 114
VERQUVO 68
VERSACLOZ 47
VERZENIO 39
vestura 95
vienva 95
vigabatrin 17
vigadrone 17
VIGAFYDE 17
vigpoder 17
vilazodone hcl 22
VIMKUNYA 106
viorele 95
VIRACEPT 52
VIREAD 50,51
VITRAKVI 39
VIVOTIF 106
VIZIMPRO 39
volnea 95
VONJO 40
VOQUEZNA DUAL PAK 83
VOQUEZNA TRIPLE PAK 83
VORANIGO 39
voriconazole 25
VOSEVI 48
VOWST 114
VRAYLAR 47
vyfemla 95
vylibra 95
VYZULTA 117

W

warfarin sodium . . . 59
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE . . . 114
WEGOVY . . . 68
WELIREG . . . 30
WELTRUZA . . . 47
wera . . . 95
WINREVAIR . . . 122
wixela inhub . . . 123
wymzya fe . . . 95
WYOST . . . 107

X

XALKORI . . . 39
XARELTO . . . 59
XARELTO STARTER PACK . . . 59
XATMEP . . . 103
XCOPRI . . . 15,18
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) . . . 18
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) . . . 18
XDEMVY . . . 115
xelria fe . . . 95
XERMELO . . . 83
XIFAXAN . . . 8
XIGDUO XR . . . 56
XIIDRA . . . 115
XOFLUZA (40 MG DOSE) . . . 52
XOFLUZA (80 MG DOSE) . . . 52
XOLAIR . . . 101
XOSPATA . . . 39
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) . . . 39
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) . . . 39
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) . . . 40
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) . . . 40
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) . . . 40
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) . . . 40
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) . . . 40
XTANDI . . . 28
XTRENBO . . . 107
xulane . . . 95

Y

YESINTEK . . . 101
YF-VAX . . . 106
yuvafem . . . 95

Z

zafemy . . . 95
zafirlukast . . . 119
zaleplon . . . 124
ZARXIO . . . 60
ZEJULA . . . 40
ZELBORAF . . . 40
zenatane . . . 75
ZENBEXUS . . . 30
ZENPEP . . . 85
zidovudine . . . 51
ziprasidone hcl . . . 47
ziprasidone mesylate . . . 47
ZIRGAN . . . 116
zoledronic acid . . . 107
ZOLINZA . . . 30
zolpidem tartrate . . . 124
zolpidem tartrate er . . . 124
ZONISADE . . . 18
zonisamide . . . 19
zovia 1/35 (28) . . . 95
ZTALMY . . . 17
zumandimine . . . 95
ZURZUVAE . . . 20
ZYDELIG . . . 40
ZYKADIA . . . 40
ZYMFENTRA (1 PEN) . . . 103
ZYMFENTRA (2 PEN) . . . 103
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) . . . 103
ZYPREXA RELPREVV . . . 47

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

Blue Shield of California da lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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