



**Blue Shield 65 Plus (HMO)**

**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 27198

Este formulario se actualizó el 09/01/2026 . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield 65 Plus llamando al (800) 776-4466 (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](https://blueshieldca.com/medformulary2027).

Y0118\_26\_168A\_PHA\_C 07142026

A53840MAD-E-SP 09/26  
09/01/2026

**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 65 Plus.

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan que es válida a partir del 09/01/2026. 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 65 Plus?**

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

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

### **¿El formulario puede cambiar?**

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se hacen el 1 de enero, pero puede que agreguemos o quitemos medicamentos del formulario durante el año, además de moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar restricciones nuevas. Debemos respetar las reglas de Medicare cuando se hacen estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican todos los meses en nuestro sitio web aquí: [blueshieldca.com/medformulary2027](https://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 65 Plus?".

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

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) determina que se debe retirar por motivos de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y, después, avisarles a los miembros que toman el medicamento.
- **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los miembros que están tomando medicamentos. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del formulario, cuando agregamos un equivalente genérico, o podemos eliminar un producto biológico original, cuando agregamos un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones a un medicamento de marca o a un producto biológico original, o moverlos a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas. Además, es posible que hagamos cambios según las

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

Si hacemos estos otros cambios, usted o el profesional que le hace las recetas pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento que estaba tomando. Cuando le enviemos el aviso, también incluiremos información sobre cómo pedir una excepción. Además, puede encontrar otros detalles más adelante en la sección llamada “¿Cómo puedo pedir una excepción del formulario de Blue Shield 65 Plus?”.

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

El formulario adjunto es válido a partir del 09/01/2026. 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](https://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 128 . 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 5 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, muéstrele 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 65 Plus?**

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

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no esté en nuestro formulario. Si se aprueba, ese medicamento será cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede pedirnos que no apliquemos una restricción de cobertura, ya sea una autorización previa, un tratamiento escalonado o un límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, para algunos medicamentos, Blue Shield 65 Plus pone un límite en la cantidad de medicamento que cubriremos. Si hay un límite de cantidad para su medicamento, puede pedirnos que no pongamos ese límite y que cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del formulario a un nivel de costo compartido más bajo, a menos que ese medicamento corresponda al nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría lo que tiene que pagar por su medicamento.

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

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

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

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

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

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

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

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

Y son miembros que están en alguna de estas situaciones:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Cómo obtener más información**

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

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

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

### **Formulario del plan**

El siguiente formulario brinda información sobre la cobertura de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene algún inconveniente para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que empieza en la página 128.

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 65 Plus en condados Kern, y Riverside:

| NIVEL                                                   | SUMINISTRO                                                                                                                               | COSTO<br>COMPARTIDO<br>Condado de Kern | COSTO<br>COMPARTIDO<br>Condado de<br>Riverside |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>1:<br/>Medicamentos<br/>genéricos<br/>preferidos</b> | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)                                                     | \$0 de copago                          | \$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 100 días) | \$0 de copago                          | \$0 de copago                                  |
|                                                         | Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)                                                      | \$5 de copago                          | \$5 de copago                                  |
|                                                         | Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días)  | \$5 de copago                          | \$5 de copago                                  |
| <b>2:<br/>Medicamentos<br/>genéricos</b>                | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)                                                     | \$5 de copago                          | \$10 de copago                                 |
|                                                         | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días) | \$7.50 de copago                       | \$15 de copago                                 |
|                                                         | Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)                                                      | \$12 de copago                         | \$18 de copago                                 |
|                                                         | Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días)  | \$36 de copago                         | \$54 de copago                                 |

| NIVEL                                                  | SUMINISTRO                                                                                                                               | COSTO<br>COMPARTIDO<br>Condado de Kern                       | COSTO<br>COMPARTIDO<br>Condado de<br>Riverside               |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>3:<br/>Medicamentos<br/>de marca<br/>preferidos</b> | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)                                                     | 21% de coseguro                                              | 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 100 días) | 21% de coseguro                                              | 20% de coseguro                                              |
|                                                        | Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)                                                      | 21% de coseguro                                              | 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 100 días)  | 21% de coseguro                                              | 20% de coseguro                                              |
| <b>3: Insulinas<br/>cubiertas</b>                      | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)                                                     | \$35 de copago o 21% de coseguro, la cantidad que sea menor  | \$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 100 días) | \$105 de copago o 21% de coseguro, la cantidad que sea menor | \$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 21% de coseguro, la cantidad que sea menor  | \$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 100 días)  | \$105 de copago o 21% de coseguro, la cantidad que sea menor | \$105 de copago o 20% de coseguro, la cantidad que sea menor |

| NIVEL                                | SUMINISTRO                                                                                                                               | COSTO COMPARTIDO<br>Condado de Kern                          | COSTO COMPARTIDO<br>Condado de Riverside                     |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>4: Medicamentos no preferidos</b> | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)                                                     | 26% de coseguro                                              | 25% de coseguro                                              |
|                                      | Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días) | 26% de coseguro                                              | 25% de coseguro                                              |
|                                      | Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para 30 días)                                                      | 26% de coseguro                                              | 25% de coseguro                                              |
|                                      | Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) o costo compartido de envíos al hogar del plan (suministro de hasta 100 días)  | 26% de coseguro                                              | 25% de coseguro                                              |
| <b>4: Insulinas cubiertas</b>        | 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  | \$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 100 días) | \$105 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor | \$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  | \$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 100 días)  | \$105 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor | \$105 de copago o 25% de coseguro, la cantidad que sea menor |

| NIVEL                                         | SUMINISTRO                                                                                                                                                                                      | COSTO COMPARTIDO<br>Condado de Kern                                           | COSTO COMPARTIDO<br>Condado de Riverside                                      |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>5: Medicamentos de nivel especializado</b> | 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)  | 28% de coseguro                                                               | 29% 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 100 días) | No hay suministro a largo plazo disponible para los medicamentos del Nivel 5. | 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<br>( <i>Limited Access</i> )          | 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<br>( <i>Prior Authorization</i> ) | 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<br>( <i>Quantity Limit</i> )       | Este medicamento tiene un límite de dosis o de cantidad recetada. Los límites máximos de dosis diaria los define la FDA y se explican en el prospecto del medicamento. Otros límites de cantidad promueven una dosificación consolidada cuando sea posible.                                                                                                                                                                                                         |
| ST      | Tratamiento escalonado<br>( <i>Step Therapy</i> )     | La cobertura para este medicamento recetado se brinda cuando ya se han probado tratamientos con otros medicamentos de primera línea o medicamentos preferidos (tratamiento escalonado).                                                                                                                                                                                                                                                                             |

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

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

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                        | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>meloxicam (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>             | NIVEL 1      |                           |
| <i>nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)</i>           | NIVEL 2      |                           |
| <i>naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)</i> | NIVEL 1      |                           |
| <i>naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>       | NIVEL 2      |                           |
| <i>naproxen dr 500 mg tab</i>                        | NIVEL 2      |                           |
| <i>naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)</i>      | NIVEL 3      |                           |
| <i>oxaprozin 600 mg tab</i>                          | NIVEL 4      |                           |
| <i>piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)</i>              | NIVEL 3      |                           |
| <i>relafen (500 mg tab, 750 mg tab)</i>              | NIVEL 2      |                           |
| <i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>             | NIVEL 2      |                           |

## **OPIOID ANALGÉSICOS, LONG-ACTING**

|                                                                                                                           |         |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------|
| <i>buprenorphine (5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk, 10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk)</i> | NIVEL 4 | PA, QL (4 PER 28Days), NDS   |
| <i>fentanyl (12 mcg/hr patch, 25 mcg/hr patch, 50 mcg/hr patch, 75 mcg/hr patch, 100 mcg/hr patch)</i>                    | NIVEL 3 | PA, QL (10 PER 30Days), NDS  |
| <i>methadone hcl (methadone hcl 10 mg/5ml solution, methadone hcl 10 mg/5ml solution)</i>                                 | NIVEL 4 | PA, QL (450 PER 30Days), NDS |
| <i>methadone hcl (methadone hcl 10 mg/ml solution, methadone hcl 10 mg/ml solution)</i>                                   | NIVEL 4 | PA, NDS                      |
| <i>methadone hcl (methadone hcl 5 mg/5ml solution, methadone hcl 5 mg/5ml solution)</i>                                   | NIVEL 4 | PA, QL (900 PER 30Days), NDS |
| <i>methadone hcl 10 mg tab</i>                                                                                            | NIVEL 4 | PA, QL (90 PER 30Days), NDS  |
| <i>methadone hcl 5 mg tab</i>                                                                                             | NIVEL 4 | PA, QL (180 PER 30Days), NDS |
| <i>morphine sulfate er (er 60 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>                                          | NIVEL 4 | QL (60 PER 30Days), NDS      |
| <i>morphine sulfate er 15 mg tab</i>                                                                                      | NIVEL 4 | QL (180 PER 30Days), NDS     |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                               | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------|
| <i>morphine sulfate er 30 mg tab</i>                                                                                                                                                                                        | NIVEL 4      | QL (90 PER 30Days), NDS      |
| <i>tramadol hcl er (er 100 mg tab er, er 200 mg tab er, er 300 mg tab er)</i>                                                                                                                                               | NIVEL 4      | PA, QL (30 PER 30 DAYS), NDS |
| <b>ANALGÉSICOS OPIOIDES DE ACCIÓN CORTA</b>                                                                                                                                                                                 |              |                              |
| <i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>                                                                                                                                                                 | NIVEL 2      | QL (360 PER 30 DAYS), NDS    |
| <i>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)</i> | NIVEL 2      | QL (1800 PER 30Days), NDS    |
| <i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>                                                                                                                                                                                  | NIVEL 2      | QL (180 PER 30 DAYS), NDS    |
| <i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>                                                                                                                                                                               | NIVEL 3      | QL (15 PER 28Days), NDS      |
| <i>codeine sulfate (codeine sulfate 30 mg tab, codeine sulfate 30 mg tab)</i>                                                                                                                                               | 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      |
| <i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>                                                                                                                                                                               | NIVEL 3      | QL (168 PER 30Days), NDS     |
| <i>endocet 10-325 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                | NIVEL 3      | QL (84 PER 30Days), NDS      |
| <i>endocet 7.5-325 mg tab</i>                                                                                                                                                                                               | NIVEL 3      | QL (112 PER 30Days), NDS     |
| <i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml, 5-217 mg/10ml, 7.5-325 mg/15ml)</i>                                                                                                                                           | NIVEL 4      | QL (2520 PER 30Days), NDS    |
| <i>hydrocodone-acetaminophen (7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)</i>                                                                                                                                                            | NIVEL 2      | QL (180 PER 30 DAYS), NDS    |
| <i>hydrocodone-acetaminophen (hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab, hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg tab)</i>                                                                                                         | NIVEL 2      | QL (240 PER 30 DAYS), NDS    |
| <i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>                                                                                                                                                                                           | NIVEL 3      | QL (154 PER 30Days), NDS     |
| <i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>                                                                                                                                                                                           | NIVEL 3      | QL (84 PER 30Days), NDS      |
| <i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>                                                                                                                                                                                           | NIVEL 3      | QL (42 PER 30Days), NDS      |

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

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

## **ANESTÉSICOS**

### **ANESTÉSICOS LOCALES**

|                                                                                   |         |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------|
| <i>lidocaine 5 % ointment</i>                                                     | NIVEL 4 | QL (50 PER 30 DAYS)     |
| <i>lidocaine 5 % patch</i>                                                        | NIVEL 3 | PA, QL (90 PER 30 DAYS) |
| <i>lidocaine hcl (lidocaine hcl 4 %<br/>solution, lidocaine hcl 4 % solution)</i> | 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      |
|---------------------------------------------|---------|-------------------------|
| <i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>   | NIVEL 2 |                         |
| <i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i> | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS)     |
| <i>lidocan 5 % patch</i>                    | NIVEL 3 | PA, QL (90 PER 30 DAYS) |
| NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION                | NIVEL 4 | QL (10 PER 30 DAYS)     |
| PREMIUM LIDOCAINE 5 %<br>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

|                                            |         |  |
|--------------------------------------------|---------|--|
| <i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>   | NIVEL 4 |  |
| <i>disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)</i> | NIVEL 2 |  |

### DEPENDENCIA A OPIOIDES

|                                                                                                                               |         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| <i>buprenorphine hcl (2 mg tab, 8 mg tab)</i>                                                                                 | NIVEL 2 |  |
| <i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg film, 2-0.5 mg sl tab, 4-1 mg film, 8-2 mg film, 8-2 mg sl tab, 12-3 mg film)</i> | NIVEL 2 |  |

### REVERTIDORES OPIOIDEOS

|                                                                                                                                                                                               |         |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|
| KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID                                                                                                                                                                    | NIVEL 4 | QL (2 PER 30Days) |
| <i>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)</i> | NIVEL 2 |                   |
| <i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>                                                                                                                                                               | NIVEL 2 |                   |

### ANTITABACO, MEDICAMENTOS

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

## ANTIBACTERIANOS

### AMINOGLUCÓSIDOS

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |         |                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------|
| <i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>                                                                                                                                                                                                                         | NIVEL 4 |                                |
| ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION                                                                                                                                                                                                                                    | NIVEL 5 | PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS) |
| <i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>                                                                                                                                                                                                             | NIVEL 2 |                                |
| <i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>                                                                                                                                                                                                                         | NIVEL 4 |                                |
| <i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                  | NIVEL 2 |                                |
| STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN                                                                                                                                                                                                                                | NIVEL 4 |                                |
| <i>tobramycin sulfate (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)</i> | NIVEL 4 |                                |

### ANTIBACTERIANOS, OTROS

|                                                                              |         |                             |
|------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------|
| <i>aztreonam (1 gm soln, 2 gm soln)</i>                                      | NIVEL 4 |                             |
| CAYSTON 75 MG RECON SOLN                                                     | NIVEL 5 | PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS) |
| <i>clindamycin hcl (75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap)</i>                   | NIVEL 2 |                             |
| <i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>                        | NIVEL 4 |                             |
| <i>clindamycin phosphate (9 gm/60ml, 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml)</i> | NIVEL 4 |                             |
| <i>clindamycin phosphate 2 % cream</i>                                       | 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        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------|
| <i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml)</i>                                                                         | 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 |                           |
| <i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>                                                                                                | NIVEL 4 |                           |
| <i>daptomycin (daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 500 mg recon soln, daptomycin 500 mg recon soln)</i>          | NIVEL 4 |                           |
| <i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>                                                                                                          | NIVEL 4 | QL (4 PACKETS PER 28Days) |
| <i>lincomycin hcl 300 mg/ml solution</i>                                                                                                            | NIVEL 4 |                           |
| <i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>                                                                                                              | NIVEL 5 | PA                        |
| <i>linezolid 600 mg tab</i>                                                                                                                         | NIVEL 4 | PA                        |
| <i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>                                                                                                              | NIVEL 4 |                           |
| LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION                                                                                            | NIVEL 5 |                           |
| <i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>                                                                                                               | NIVEL 4 |                           |
| <i>metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>                                                                                           | NIVEL 2 |                           |
| <i>metronidazole (metronidazole 500 mg/100ml solution, metronidazole 0.75 % lotion, metronidazole 1 % gel, metronidazole 500 mg/100ml solution)</i> | NIVEL 4 |                           |
| <i>metronidazole 0.75 % cream</i>                                                                                                                   | NIVEL 3 |                           |
| <i>nitrofurantoin macrocrystal (50 mg cap, 100 mg cap)</i>                                                                                          | NIVEL 2 |                           |
| <i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>                                                                                                      | NIVEL 2 |                           |
| <i>rosadan 0.75 % cream</i>                                                                                                                         | NIVEL 3 |                           |
| <i>rosadan 0.75 % gel</i>                                                                                                                           | NIVEL 2 |                           |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| <i>tigecycline (tigecycline 50 mg recon soln, tigecycline 50 mg recon soln)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NIVEL 4      |                                |
| <i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NIVEL 4      |                                |
| <i>trimethoprim (trimethoprim 100 mg tab, trimethoprim 100 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NIVEL 2      |                                |
| <i>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)</i> | NIVEL 4      |                                |
| <i>vancomycin hcl (vancomycin hcl 5 gm recon soln, vancomycin hcl 5 gm recon soln)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 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)        |
| <b>BETALACTÁMICOS, CEFALOSPORINAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |                                |
| CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NIVEL 2      |                                |
| <i>cefadroxil (cefadroxil 500 mg/5ml recon susp, cefadroxil 1 gm tab, cefadroxil 250 mg/5ml recon susp)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NIVEL 3      |                                |
| <i>cefadroxil 500 mg cap</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 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 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| <i>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)</i> | NIVEL 4 |                    |
| <i>cefdinir (125 mg/5ml, 250 mg/5ml)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                        | NIVEL 3 |                    |
| <i>cefedinir 300 mg cap</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NIVEL 2 |                    |
| <i>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)</i>                                                                                                                                                             | NIVEL 4 |                    |
| <i>cefixime (cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 100 mg/5ml recon susp, cefixime 200 mg/5ml recon susp, cefixime 400 mg cap)</i>                                                                                                                                                                           | NIVEL 4 |                    |
| <i>cefoxitin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)</i>                                                                                                                                                                                                                                                      | 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 |                    |
| <i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                         | NIVEL 2 |                    |
| <i>ceftaroline fosamil (400 mg soln, 600 mg soln)</i>                                                                                                                                                                                                                                                           | NIVEL 5 |                    |
| CEFTAZIDIME (CEFTAZIDIME 6 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 1 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 2 GM RECON SOLN)                                                                                                                                                                                                             | NIVEL 4 |                    |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NIVEL   | REQUISITOS/LÍMITES |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| <i>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)</i>                               | NIVEL 4 |                    |
| <i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                         | NIVEL 2 |                    |
| <i>cefuroxime sodium (1.5 gm soln, 750 mg soln)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                       | NIVEL 4 |                    |
| <i>cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)</i>                                                                                                                                                                                                                                  | NIVEL 2 |                    |
| TAZICEF (TAZICEF 6 GM RECON SOLN, TAZICEF 2 GM RECON SOLN, TAZICEF 1 GM RECON SOLN, TAZICEF 1 GM RECON SOLN)                                                                                                                                                                                                              | NIVEL 4 |                    |
| <b>BETALACTÁMICOS, PENICILINAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |                    |
| <i>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)</i> | NIVEL 2 |                    |
| <i>amoxicillin trihydrate 250 mg/5ml recon susp</i>                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| <i>amoxicillin-pot clavulanate (amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5ml recon susp, amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg tab, amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg chew tab, 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)</i> | NIVEL 2 |                    |
| AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 400-57 MG CHEW TAB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NIVEL 3 |                    |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab 12h</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NIVEL 4 |                    |
| <i>ampicillin 500 mg cap</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NIVEL 2 |                    |
| <i>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)</i>                                                                                                                                | NIVEL 4 |                    |
| <i>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)</i>                                                                                                                                                                                               | NIVEL 4 |                    |
| BICILLIN L-A (600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NIVEL 4 |                    |
| <i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 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 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| <i>nafcillin sodium (nafcillin sodium 2 gm recon soln, nafcillin sodium 10 gm recon soln, nafcillin sodium 1 gm recon soln, nafcillin sodium 1 gm recon soln, nafcillin sodium 2 gm recon soln)</i> | NIVEL 4 |                    |
| <i>penicillin g potassium (5000000 soln, 20000000 soln)</i>                                                                                                                                         | NIVEL 4 |                    |
| PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN                                                                                                                                                         | NIVEL 4 |                    |
| <i>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)</i>    | NIVEL 2 |                    |
| <i>pfizerpen (5000000 soln, 20000000 soln)</i>                                                                                                                                                      | NIVEL 4 |                    |
| <i>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)</i>                         | NIVEL 4 |                    |
| <b>CARBAPENÉMICOS</b>                                                                                                                                                                               |         |                    |
| <i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>                                                                                                                                                             | NIVEL 3 |                    |
| <i>imipenem-cilastatin (imipenem-cilastatin 500 mg recon soln, imipenem-cilastatin 250 mg recon soln)</i>                                                                                           | NIVEL 4 |                    |
| <i>meropenem (1 gm soln, 500 mg soln)</i>                                                                                                                                                           | NIVEL 4 |                    |
| MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)                                                                                                                            | NIVEL 4 |                    |
| <b>MACRÓLIDOS</b>                                                                                                                                                                                   |         |                    |
| <i>azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i>                                                                                              | NIVEL 2 |                    |
| AZITHROMYCIN 1 GM PACKET                                                                                                                                                                            | NIVEL 3 |                    |
| <i>azithromycin 500 mg recon soln</i>                                                                                                                                                               | NIVEL 4 |                    |
| CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)                                                                                                                                       | NIVEL 4 |                    |

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      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------|
| <i>clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)</i>                                                                             | NIVEL 2 |                         |
| <i>clarithromycin er 500 mg tab 24h</i>                                                                                    | NIVEL 4 |                         |
| DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP                                                                                                | NIVEL 5 | PA, QL (136 PER 10Days) |
| <i>e.e.s. 400 (e.e.s. 400 400 mg tab, e.e.s. 400 400 mg tab)</i>                                                           | NIVEL 4 |                         |
| <i>erythrocin lactobionate (erythrocin lactobionate 500 mg recon soln, erythrocin lactobionate 500 mg recon soln)</i>      | NIVEL 4 |                         |
| <i>erythromycin base (erythromycin base 250 mg tab, erythromycin base 250 mg cp dr part, erythromycin base 500 mg tab)</i> | NIVEL 4 |                         |
| <i>erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5ml recon susp, 400 mg tab)</i>                                                     | NIVEL 4 |                         |
| <i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>                                                                         | NIVEL 4 |                         |
| <i>fidaxomicin 200 mg tab</i>                                                                                              | NIVEL 5 | PA, QL (20 PER 10Days)  |
| <b>QUINOLONAS</b>                                                                                                          |         |                         |
| BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION                                                                                                 | NIVEL 3 |                         |
| CILOXAN 0.3 % OINTMENT                                                                                                     | NIVEL 4 |                         |
| <i>ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%), 500 mg/5ml (10%))</i>                                                                   | NIVEL 4 |                         |
| <i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>                                              | NIVEL 2 |                         |
| <i>ciprofloxacin in d5w (ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution, ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution)</i>       | NIVEL 4 |                         |
| <i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>                                                                   | NIVEL 2 |                         |
| <i>levofloxacin (levofloxacin 25 mg/ml solution, levofloxacin 25 mg/ml solution)</i>                                       | NIVEL 4 |                         |
| <i>levofloxacin in d5w (in 500 mg/100ml, in 750 mg/150ml)</i>                                                              | NIVEL 4 |                         |
| <i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>                                                                                         | 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             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------|
| 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 |
| <b>SULFONAMIDAS</b>                                                                                                        |         |                                |
| <i>sulfadiazine 500 mg tab</i>                                                                                             | NIVEL 3 |                                |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)</i> | NIVEL 2 |                                |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i>                                                                | NIVEL 4 |                                |
| <i>sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension</i>                                                                        | NIVEL 2 |                                |
| <b>TETRACICLINAS</b>                                                                                                       |         |                                |
| <i>avidoxy 100 mg tab</i>                                                                                                  | NIVEL 3 |                                |
| <i>doxy 100 mg recon soln</i>                                                                                              | NIVEL 4 |                                |
| <i>doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>                                                  | NIVEL 2 |                                |
| <i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>                                                                               | NIVEL 4 |                                |
| <i>doxycycline monohydrate (50 mg cap, 100 mg cap)</i>                                                                     | NIVEL 2 |                                |
| <i>doxycycline monohydrate (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>                                                          | NIVEL 3 |                                |
| <i>minocycline hcl (50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap)</i>                                                                  | NIVEL 2 |                                |
| <i>monodoxyne nl 100 mg cap</i>                                                                                            | NIVEL 2 |                                |
| <i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>                                                                           | NIVEL 4 |                                |
| <b>ANTICONVULSIVOS</b>                                                                                                     |         |                                |
| <b>ANTICONVULSIVOS, OTROS</b>                                                                                              |         |                                |
| <i>brivaracetam (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>                                               | NIVEL 5 | ST, QL (60 PER 30 DAYS)        |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                   | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------|
| <i>brivaracetam 10 mg/ml solution</i>                                                                           | NIVEL 5      | 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 |
| <i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>                           | NIVEL 2      |                                                    |
| <i>divalproex sodium er (er 250 mg tab er, er 500 mg tab er)</i>                                                | NIVEL 2      |                                                    |
| EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION                                                                                    | NIVEL 5      | LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY                       |
| <i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>                                                | NIVEL 4      |                                                    |
| FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION                                                                                     | NIVEL 5      | LA, QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>lamotrigine (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>                                              | NIVEL 1      |                                                    |
| <i>lamotrigine (5 mg chew tab, 25 mg chew tab)</i>                                                              | NIVEL 2      |                                                    |
| <i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab, 1000 mg tab)</i> | NIVEL 2      |                                                    |
| <i>levetiracetam er 500 mg tab 24h</i>                                                                          | NIVEL 2      | QL (180 PER 30 DAYS)                               |
| <i>levetiracetam er 750 mg tab 24h</i>                                                                          | NIVEL 2      | QL (120 PER 30 DAYS)                               |
| <i>perampanel (4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab, 10 mg tab, 12 mg tab)</i>                                          | NIVEL 4      | QL (30 PER 30 DAYS)                                |
| <i>perampanel 0.5 mg/ml suspension</i>                                                                          | NIVEL 4      | QL (720 PER 30 DAYS)                               |
| <i>perampanel 2 mg tab</i>                                                                                      | NIVEL 4      | QL (90 PER 30 DAYS)                                |
| <i>roweepra 500 mg tab</i>                                                                                      | 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     |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>                       |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------|
| <i>subvenite (25 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>             | NIVEL 2      |                                                 |
| SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION                                                | NIVEL 5      | QL (1500 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>topiramate (15 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>                          | NIVEL 2      |                                                 |
| <i>topiramate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)</i>             | NIVEL 1      |                                                 |
| <i>topiramate 25 mg/ml solution</i>                                          | NIVEL 4      | QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY  |
| <i>valproate sodium (100 mg/ml, 500 mg/5ml)</i>                              | NIVEL 4      |                                                 |
| <i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i> | 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**

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

## **GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS**

|                                            |         |                                                |
|--------------------------------------------|---------|------------------------------------------------|
| <i>clobazam 10 mg tab</i>                  | NIVEL 4 | QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>       | NIVEL 4 | QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>clobazam 20 mg tab</i>                  | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY  |
| <i>diazepam 10 mg gel</i>                  | NIVEL 4 | QL (20 PER 30 DAYS)                            |
| <i>diazepam 2.5 mg gel</i>                 | NIVEL 4 | QL (5 PER 30 DAYS)                             |
| <i>diazepam 20 mg gel</i>                  | NIVEL 4 | QL (40 PER 30 DAYS)                            |
| <i>gabapentin (250 mg/5ml, 300 mg/6ml)</i> | NIVEL 3 | QL (2160 PER 30 DAYS)                          |
| <i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i> | NIVEL 2 | QL (120 PER 30 DAYS)                           |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------|
| <i>gabapentin 100 mg cap</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NIVEL 2      | QL (360 PER 30 DAYS)                          |
| <i>gabapentin 300 mg cap</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NIVEL 2      | QL (240 PER 30 DAYS)                          |
| <i>gabapentin 400 mg cap</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NIVEL 2      | QL (180 PER 30 DAYS)                          |
| <i>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)</i> | NIVEL 2      | PA - FOR NEW STARTS ONLY                      |
| <i>primidone (primidone 50 mg tab, primidone 125 mg tab, primidone 250 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NIVEL 2      |                                               |
| SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NIVEL 5      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| SYMPAZAN 5 MG FILM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NIVEL 4      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>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)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NIVEL 4      |                                               |
| VALTOCO 10 MG DOSE /0.1ML LIQUID                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NIVEL 5      | QL (10 PER 30 DAYS)                           |
| VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 /0.1ML LIQD THPK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NIVEL 5      | QL (10 PER 30 DAYS)                           |
| VALTOCO 20 MG DOSE 0 X 10 /0.1ML LIQD THPK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NIVEL 5      | QL (10 PER 30 DAYS)                           |
| VALTOCO 5 MG DOSE /0.1ML LIQUID                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NIVEL 5      | QL (10 PER 30 DAYS)                           |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                 | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>                             |
|-----------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------|
| <i>vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i> | NIVEL 5      | LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY    |
| <i>vigadrone 500 mg packet</i>                | NIVEL 5      | LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY    |
| <i>vigadrone 500 mg tab</i>                   | 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 |
| <i>vigpoder 500 mg packet</i>                 | 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**

|                                                                                                                                                                                          |         |                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------|
| <i>carbamazepine (carbamazepine 200 mg/10ml suspension, carbamazepine 200 mg chew tab, carbamazepine 100 mg chew tab, carbamazepine 100 mg/5ml suspension, carbamazepine 200 mg tab)</i> | NIVEL 2 |                                |
| <i>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)</i>                                                     | NIVEL 3 |                                |
| DILANTIN (30 MG CAP, 100 MG CAP)                                                                                                                                                         | NIVEL 4 |                                |
| <i>epitol 200 mg tab</i>                                                                                                                                                                 | NIVEL 2 |                                |
| <i>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>                                                                                                                                  | NIVEL 4 | QL (30 PER 30 DAYS)            |
| <i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i>                                                                                                                                  | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 DAYS)            |
| <i>lacosamide (10 mg/ml, 50 mg/5ml, 100 mg/10ml)</i>                                                                                                                                     | NIVEL 4 | QL (1200 PER 30 DAYS)          |
| <i>lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>                                                                                                                        | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 DAYS)            |
| <i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i>                                                                                                                                                   | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)</i>                                                                                                                                | NIVEL 2 |                                |
| <i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>                                                                                                                                               | NIVEL 4 |                                |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                   | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>                     |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------|
| <i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>                                        | NIVEL 2      |                                               |
| <i>phenytoin (50 mg chew tab, 100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)</i> | NIVEL 2      |                                               |
| <i>phenytoin infatabs infas 50 mg chew</i>                                      | NIVEL 2      |                                               |
| <i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>           | NIVEL 2      |                                               |
| <i>rufinamide 200 mg tab</i>                                                    | NIVEL 4      | ST, QL (480 PER 30 DAYS)                      |
| <i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>                                           | NIVEL 5      | ST, QL (2400 PER 30 DAYS)                     |
| <i>rufinamide 400 mg tab</i>                                                    | NIVEL 4      | ST, 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      |                                               |
| <i>zonisamide (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>                            | 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**

|                                                                |         |    |
|----------------------------------------------------------------|---------|----|
| <i>donepezil hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                     | NIVEL 1 |    |
| <i>donepezil hcl 23 mg tab</i>                                 | NIVEL 4 | ST |
| <i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i> | NIVEL 2 |    |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                         | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i>                                                                                                                         | NIVEL 2      |                           |
| <i>galantamine hydrobromide (galantamine hydrobromide 4 mg tab, galantamine hydrobromide 12 mg tab, galantamine hydrobromide 4 mg/ml solution, galantamine hydrobromide 8 mg tab)</i> | NIVEL 4      |                           |
| <i>galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er, er 16 mg cap er, er 24 mg cap er)</i>                                                                                                 | NIVEL 2      | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>rivastigmine (4.6 mg/patch, 9.5 mg/patch, 13.3 mg/patch)</i>                                                                                                                       | NIVEL 4      | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>                                                                                                             | NIVEL 3      |                           |

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

|                                                                                             |         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| <i>memantine hcl (2 mg/ml, 10 mg/5ml)</i>                                                   | NIVEL 3 |  |
| <i>memantine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                  | NIVEL 2 |  |
| <i>memantine hcl er (er 7 mg cap er, er 14 mg cap er, er 21 mg cap er, er 28 mg cap er)</i> | NIVEL 4 |  |

## **ANTIDEPRESIVOS**

### **ANTIDEPRESIVOS, OTHER**

|                                                                                        |         |                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------|
| AUVELITY 45-105 MG TAB ER                                                              | NIVEL 5 | 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 |
| <i>bupropion hcl 100 mg tab</i>                                                        | NIVEL 2 | QL (120 PER 30 DAYS)                           |
| <i>bupropion hcl 75 mg tab</i>                                                         | NIVEL 2 | QL (180 PER 30 DAYS)                           |
| <i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab 12h</i>                                            | NIVEL 2 | QL (120 PER 30 DAYS)                           |
| <i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab 12h</i>                                            | NIVEL 2 | QL (90 PER 30 DAYS)                            |
| <i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab 12h</i>                                            | NIVEL 2 | QL (60 PER 30 DAYS)                            |
| <i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab 24h</i>                                            | NIVEL 2 | QL (90 PER 30 DAYS)                            |
| <i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab 24h</i>                                            | 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  |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------|
| 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 |
| <i>mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)</i>                                                    | NIVEL 1      |                                               |
| <i>mirtazapine (7.5 mg tab, 15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp)</i>   | 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 |                          |
| PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB                                              | NIVEL 2 |                          |
| <i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>                                  | NIVEL 4 |                          |

### **INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)/INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NOREPINEFRINA (SNRI)**

|                                                                       |         |                      |
|-----------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|
| <i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>      | NIVEL 1 |                      |
| <i>citalopram hydrobromide (10 mg/5ml, 20 mg/10ml)</i>                | NIVEL 3 |                      |
| <i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er)</i> | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>desvenlafaxine succinate er 100 mg tab 24h</i>                     | NIVEL 3 | QL (120 PER 30 DAYS) |
| <i>escitalopram oxalate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>          | NIVEL 1 |                      |
| <i>escitalopram oxalate (5 mg/5ml, 10 mg/10ml)</i>                    | 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                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------|
| 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    |
| <i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>                           | NIVEL 1 |                                                 |
| <i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>                                          | NIVEL 2 |                                                 |
| FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR                                                       | NIVEL 4 | QL (4 PER 28 DAYS)                              |
| <i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>                                             | NIVEL 2 | QL (90 PER 30 DAYS)                             |
| <i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>                                              | NIVEL 2 | QL (360 PER 30 DAYS)                            |
| <i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>                                              | NIVEL 2 | QL (180 PER 30 DAYS)                            |
| NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)        | NIVEL 3 |                                                 |
| <i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>                | NIVEL 1 |                                                 |
| PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION                                               | NIVEL 4 | QL (900 PER 30 DAYS)                            |
| <i>paroxetine hcl er (er 12.5 mg tab er, er 25 mg tab er, er 37.5 mg tab er)</i>  | NIVEL 4 |                                                 |
| RALDESY 10 MG/ML SOLUTION                                                         | NIVEL 5 | QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>sertraline hcl (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                          | NIVEL 1 |                                                 |
| <i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>                                               | NIVEL 3 |                                                 |
| <i>trazodone hcl (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>                          | NIVEL 2 |                                                 |
| <i>trazodone hcl 300 mg tab</i>                                                   | NIVEL 3 |                                                 |
| TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB)                                       | NIVEL 4 | ST, QL (30 PER 30 DAYS)                         |
| <i>venlafaxine hcl (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i> | NIVEL 2 |                                                 |
| <i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap er, er 150 mg cap er)</i>                   | NIVEL 2 | QL (60 PER 30 DAYS)                             |
| <i>venlafaxine hcl er 75 mg cap 24h</i>                                           | NIVEL 2 | QL (90 PER 30 DAYS)                             |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                           | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>                                                                                                                                 | NIVEL 2      | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <b>TRICÍCLICOS</b>                                                                                                                                                                      |              |                           |
| <i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>                                                                                           | NIVEL 2      | PA - FOR NEW STARTS ONLY  |
| <i>amoxapine (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>                                                                                                                         | NIVEL 3      |                           |
| <i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>                                                                                                                               | NIVEL 4      | PA - FOR NEW STARTS ONLY  |
| <i>desipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>                                                                                             | NIVEL 4      |                           |
| <i>doxepin hcl (doxepin hcl 10 mg/ml conc, doxepin hcl 10 mg/ml conc)</i>                                                                                                               | NIVEL 2      | PA - FOR NEW STARTS ONLY  |
| <i>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)</i> | NIVEL 3      | PA - FOR NEW STARTS ONLY  |
| <i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                                                                                                 | NIVEL 2      | PA - FOR NEW STARTS ONLY  |
| <i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>                                                                                                                   | NIVEL 2      |                           |
| <i>nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution</i>                                                                                                                                             | NIVEL 4      |                           |
| <i>protriptyline hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                                                                                                          | NIVEL 4      |                           |
| <i>trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>                                                                                                                          | NIVEL 4      | PA - FOR NEW STARTS ONLY  |
| <b>ANTIEMÉTICOS</b>                                                                                                                                                                     |              |                           |
| <b>ANTIEMÉTICOS, OTROS</b>                                                                                                                                                              |              |                           |
| <i>compro 25 mg suppos</i>                                                                                                                                                              | NIVEL 4      |                           |
| <i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>                                                                                                                                           | NIVEL 2      |                           |
| <i>metoclopramide hcl (5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 10 mg tab, 10 mg/10ml solution)</i>                                                                                                 | 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 |
|---------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| <i>metoclopramide hcl 5 mg/ml solution</i>                    | NIVEL 4 |                    |
| <i>perphenazine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab)</i> | NIVEL 2 |                    |
| <i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>                          | NIVEL 4 |                    |
| <i>prochlorperazine maleate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>         | NIVEL 2 |                    |
| <i>promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>   | NIVEL 2 | PA                 |
| <i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>                      | NIVEL 4 |                    |

## COMPLEMENTOS PARA LA TERAPIA EMETOGENICA

|                                                                     |         |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------|
| <i>aprepitant (80 &amp; 125 mg cap thpk, 80 mg cap, 125 mg cap)</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION                       |
| <i>aprepitant 40 mg cap</i>                                         | NIVEL 4 | PA, QL (1 PER 30 DAYS)                               |
| <i>dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>                 | NIVEL 4 | PA, QL (180 PER 30 DAYS)                             |
| <i>granisetron hcl 1 mg tab</i>                                     | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION  |
| <i>ondansetron 4 mg tab disp</i>                                    | NIVEL 2 | QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>ondansetron 8 mg tab disp</i>                                    | NIVEL 2 | QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION  |
| ONDANSETRON HCL 24 MG TAB                                           | NIVEL 2 | QL (15 PER 30Days), PA - PART B VS D DETERMINATION   |
| <i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>                                     | NIVEL 2 | QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>                            | NIVEL 4 | QL (900 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>                                     | 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 |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                               | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| <i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>                                                                                                                             | NIVEL 4      | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i>                                                                                                                 | 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)       |
| <i>econazole nitrate 1 % cream</i>                                                                                                                                          | NIVEL 4      |                                |
| <i>fluconazole (10 mg/ml recon susp, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>                                                                | NIVEL 2      |                                |
| <i>fluconazole in sodium chloride (in 200-0.9 mg/100ml-%, in 400-0.9 mg/200ml-%)</i>                                                                                        | NIVEL 4      |                                |
| <i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>                                                                                                                                 | NIVEL 5      |                                |
| <i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>                                                                                                           | NIVEL 4      |                                |
| <i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>                                                                                                                 | NIVEL 4      |                                |
| <i>itraconazole 100 mg cap</i>                                                                                                                                              | NIVEL 4      |                                |
| <i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>                                                                                                                    | NIVEL 2      |                                |
| <i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>                                                                                                                                       | NIVEL 4      |                                |
| <i>micafungin sodium (micafungin sodium 50 mg recon soln, micafungin sodium 100 mg recon soln, micafungin sodium 50 mg recon soln, micafungin sodium 100 mg recon soln)</i> | NIVEL 4      |                                |
| MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS                                                                                                                                                  | NIVEL 3      |                                |
| <i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>                                                                                                                                         | NIVEL 4      |                                |
| <i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i>                                                                 | NIVEL 2      |                                |
| <i>nystatin 100000 unit/gm powder</i>                                                                                                                                       | NIVEL 4      |                                |
| <i>nystop 100000 unit/gm powder</i>                                                                                                                                         | NIVEL 4      |                                |
| <i>posaconazole 100 mg tab dr</i>                                                                                                                                           | NIVEL 4      | PA, QL (90 PER 30 DAYS)        |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                               | NIVEL   | REQUISITOS/LÍMITES             |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------|
| <i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>                                                    | NIVEL 2 | QL (30 PER 30 DAYS)            |
| <i>terconazole (0.4 %, 0.8 %)</i>                                                    | NIVEL 3 |                                |
| <i>terconazole 80 mg suppos</i>                                                      | NIVEL 4 |                                |
| <i>voriconazole (40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 200 mg tab)</i>                     | NIVEL 4 | PA                             |
| <i>voriconazole (voriconazole 200 mg recon soln, voriconazole 200 mg recon soln)</i> | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |

## ANTIGOTOSOS

|                                             |         |                         |
|---------------------------------------------|---------|-------------------------|
| <i>allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)</i> | NIVEL 1 |                         |
| <i>colchicine 0.6 mg tab</i>                | NIVEL 3 | QL (120 PER 30 DAYS)    |
| <i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i> | NIVEL 2 |                         |
| <i>febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)</i>    | NIVEL 4 | ST, QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>probenecid 500 mg tab</i>                | NIVEL 2 |                         |

## ANTIJAQUECOSOS

### CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS

|                                                       |         |                        |
|-------------------------------------------------------|---------|------------------------|
| AIMOVIG (70 MG/ML SOLN A-INJ, 140 MG/ML SOLN A-INJ)   | NIVEL 3 | PA, QL (1 PER 28 DAYS) |
| EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR) | NIVEL 3 | PA, QL (2 PER 30 DAYS) |
| EMGALITY (300 MG DOSE) 100 /ML SOLN PRSYR             | NIVEL 3 | PA, QL (3 PER 30 DAYS) |
| NURTEC 75 MG TAB DISP                                 | NIVEL 5 | PA, QL (16 PER 30Days) |

## ALCALOIDES DE ERGOTAMINA

|                                                    |         |                        |
|----------------------------------------------------|---------|------------------------|
| <i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i> | 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)

|                                                                                  |         |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| <i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>                                    | NIVEL 3 | QL (18 PER 30Days) |
| <i>rizatriptan benzoate (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)</i> | NIVEL 2 | QL (24 PER 30Days) |

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 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| <i>sumatriptan (5 mg/act, 20 mg/act)</i>                                                         | NIVEL 4 | QL (18 PER 30Days) |
| <i>sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                                  | NIVEL 2 | QL (18 PER 30Days) |
| <i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)</i> | 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

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

## ANTIMICOBACTERIANOS

### ANTIMICOBACTERIANOS, OTROS

|                                        |         |  |
|----------------------------------------|---------|--|
| <i>dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)</i> | NIVEL 3 |  |
| <i>rifabutin 150 mg cap</i>            | NIVEL 4 |  |

## ANTITUBERCULOSOS

|                                                            |         |                     |
|------------------------------------------------------------|---------|---------------------|
| <i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>             | NIVEL 2 |                     |
| <i>isoniazid (50 mg/5ml syrup, 100 mg tab, 300 mg tab)</i> | NIVEL 2 |                     |
| PRETOMANID 200 MG TAB                                      | NIVEL 4 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| PRIFTIN 150 MG TAB                                         | NIVEL 4 |                     |
| <i>pyrazinamide 500 mg tab</i>                             | NIVEL 2 |                     |
| <i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>                   | NIVEL 2 |                     |
| <i>rifampin 600 mg recon soln</i>                          | NIVEL 4 |                     |
| <i>rifapentine 150 mg tab</i>                              | NIVEL 4 |                     |
| SIRTURO (20 MG TAB, 100 MG TAB)                            | NIVEL 5 | PA                  |
| TRECTOR 250 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                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------|
| <b>ANTINEOPLÁSICOS</b>                                                                                                                                                                                      |         |                                                       |
| <b>ALQUILANTES</b>                                                                                                                                                                                          |         |                                                       |
| CYCLOPHOSPHAMIDE<br>(CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAP,<br>CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP,<br>CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAP,<br>CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TAB,<br>CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP,<br>CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TAB) | NIVEL 3 | PA - PART B VS D<br>DETERMINATION                     |
| LEUKERAN 2 MG TAB                                                                                                                                                                                           | NIVEL 4 |                                                       |
| <i>lomustine (10 mg cap, 40 mg cap)</i>                                                                                                                                                                     | NIVEL 4 |                                                       |
| <i>lomustine 100 mg cap</i>                                                                                                                                                                                 | NIVEL 5 |                                                       |
| MATULANE 50 MG CAP                                                                                                                                                                                          | NIVEL 5 | LA                                                    |
| <b>ANTIANDRÓGENOS</b>                                                                                                                                                                                       |         |                                                       |
| <i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>                                                                                                                                                                       | NIVEL 4 | QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR<br>NEW STARTS ONLY     |
| <i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>                                                                                                                                                                       | NIVEL 5 | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR<br>NEW STARTS ONLY      |
| <i>abirtega 250 mg tab</i>                                                                                                                                                                                  | NIVEL 2 | QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR<br>NEW STARTS ONLY     |
| <i>bicalutamide 50 mg tab</i>                                                                                                                                                                               | NIVEL 2 |                                                       |
| ERLEADA 240 MG TAB                                                                                                                                                                                          | NIVEL 5 | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA -<br>FOR NEW STARTS ONLY  |
| ERLEADA 60 MG TAB                                                                                                                                                                                           | NIVEL 5 | LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA -<br>FOR NEW STARTS ONLY |
| EULEXIN 125 MG CAP                                                                                                                                                                                          | NIVEL 3 |                                                       |
| FLUTAMIDE 125 MG CAP                                                                                                                                                                                        | NIVEL 3 |                                                       |
| <i>nilutamide (nilutamide 150 mg tab,<br/>nilutamide 150 mg tab)</i>                                                                                                                                        | NIVEL 5 | QL (30 PER 30 DAYS)                                   |
| NUBEQA 300 MG TAB                                                                                                                                                                                           | NIVEL 5 | QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR<br>NEW STARTS ONLY     |
| ORSERDU 345 MG TAB                                                                                                                                                                                          | NIVEL 5 | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA -<br>FOR NEW STARTS ONLY  |
| ORSERDU 86 MG TAB                                                                                                                                                                                           | NIVEL 5 | LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA -<br>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                                 |
|------------------------|---------|----------------------------------------------------|
| 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

|                                                                                        |         |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------|
| <i>lenalidomide (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap)</i> | NIVEL 5 | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)</i>                           | 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 (150 MG CAP, 200 MG CAP)                                                      | NIVEL 5 | QL (60 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

|                                                                                           |         |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------|
| <i>fulvestrant (fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr, fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr)</i> | NIVEL 5 |                                                   |
| INLURIYO 200 MG TAB                                                                       | NIVEL 5 | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION                                                               | NIVEL 5 | PA - FOR NEW STARTS ONLY                          |
| <i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                           | NIVEL 2 |                                                   |
| <i>toremifene citrate 60 mg tab</i>                                                       | NIVEL 4 |                                                   |
| VEPPANU (100 MG TAB, 200 MG TAB)                                                          | NIVEL 5 | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY     |

## ANTIMETABOLITOS

|                                                |         |                          |
|------------------------------------------------|---------|--------------------------|
| <i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i> | NIVEL 5 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>mercaptopurine 50 mg tab</i>                | 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                                 |
|-----------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------|
| 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 |                                                    |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS, OTHER</b>                                         |         |                                                    |
| 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     |
| FRUZAQLA 1 MG CAP                                                     | NIVEL 5 | LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY  |
| FRUZAQLA 5 MG CAP                                                     | NIVEL 5 | LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY  |
| <i>hydroxyurea 500 mg cap</i>                                         | NIVEL 2 |                                                    |
| INQOVI 35-100 MG TAB                                                  | NIVEL 5 | LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY   |
| IWILFIN 192 MG TAB                                                    | NIVEL 5 | LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB                                           | NIVEL 2 |                                                    |
| <i>leucovorin calcium (100 mg soln, 350 mg soln)</i>                  | NIVEL 4 |                                                    |
| <i>leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)</i> | 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  |

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                                 |
|--------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------|
| ZOLINZA 100 MG CAP                                                 | NIVEL 5 | QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY     |
| <b>INHIBIDORES DE LA AROMATASA DE TERCERA GENERACIÓN</b>           |         |                                                    |
| <i>anastrozole 1 mg tab</i>                                        | NIVEL 1 |                                                    |
| <i>exemestane 25 mg tab</i>                                        | NIVEL 4 |                                                    |
| <i>letrozole 2.5 mg tab</i>                                        | NIVEL 2 |                                                    |
| <b>INHIBIDORES DE ENZIMAS</b>                                      |         |                                                    |
| 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  |
| <b>INHIBIDORES DE LOS BLANCOS MOLECULARES</b>                      |         |                                                    |
| 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     |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>                          |
|----------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------|
| 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      |
| <i>bosutinib (400 mg tab, 500 mg tab)</i>    | NIVEL 5      | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY      |
| <i>bosutinib 100 mg tab</i>                  | 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  |
| CALQUENCE (100 MG CAP, 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                      | NIVEL 5      | QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY     |
| CAVHANZA 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  |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                    | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>                          |
|--------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------|
| <i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i>        | NIVEL 5      | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY      |
| <i>dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)</i>          | NIVEL 5      | QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY      |
| <i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i>          | 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  |
| <i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>    | NIVEL 3      | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY      |
| <i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>                   | NIVEL 3      | QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY      |
| <i>everolimus (2 mg tab, 3 mg tab, 5 mg tab)</i> | NIVEL 5      | PA - FOR NEW STARTS ONLY                           |
| <i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>         | NIVEL 4      | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY      |
| <i>everolimus (7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>        | 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 |
| <i>gefitinib 250 mg tab</i>                      | 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  |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                      | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>                          |
|--------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------|
| 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  |
| <i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>                                | NIVEL 3      | QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY     |
| <i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>                                | 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, 560 MG TAB)          | NIVEL 5      | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY  |
| IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION                                      | NIVEL 5      | LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION                                          | NIVEL 5      | LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| INLYTA 1 MG TAB                                                    | NIVEL 5      | LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| INLYTA 5 MG TAB                                                    | NIVEL 5      | LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| INREBIC 100 MG CAP                                                 | NIVEL 5      | QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY     |
| ITOVEBI 3 MG TAB                                                   | NIVEL 5      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY      |
| ITOVEBI 9 MG TAB                                                   | NIVEL 5      | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY      |
| JAKAFI (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB)      | NIVEL 5      | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY  |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                        | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------|
| 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  |
| 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      |
| KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) (& 2.5 TAB THPK                                                         | NIVEL 5      | QL (49 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY      |
| KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK                                                      | NIVEL 5      | QL (70 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY      |
| KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK                                                      | NIVEL 5      | QL (91 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 |
| 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 |
| <i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>                                                               | 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  |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                     | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>                           |
|---------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------|
| 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       |
| 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   |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                            | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>                          |
|----------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------|
| 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 |
| <i>nilotinib hcl (50 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap)</i> | 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  |
| <i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>                          | NIVEL 5      | QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY     |
| PAZOPANIB HCL 400 MG TAB                                 | NIVEL 5      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY      |
| PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB)             | NIVEL 5      | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY  |
| PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) (TAB THPK                     | NIVEL 5      | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY      |
| PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & TAB THPK                | NIVEL 5      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY      |
| PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 TAB THPK              | NIVEL 5      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY      |
| RETEVMO (80 MG TAB, 120 MG TAB, 160 MG TAB)              | NIVEL 5      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY      |
| RETEVMO 40 MG CAP                                        | NIVEL 5      | QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY     |
| RETEVMO 40 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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                    | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>                          |
|--------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------|
| RETEVMO 80 MG CAP                                | NIVEL 5      | QL (120 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     |
| SCSEMBLIX 100 MG TAB                             | NIVEL 5      | LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| SCSEMBLIX 20 MG TAB                              | NIVEL 5      | QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY     |
| SCSEMBLIX 40 MG TAB                              | NIVEL 5      | QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY     |
| <i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>             | 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 |
| <i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i> | NIVEL 5      | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY      |
| <i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>              | NIVEL 5      | QL (210 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY     |
| <i>sunitinib malate 25 mg cap</i>                | 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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                         | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>                          |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------|
| SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN                                             | NIVEL 5      | PA - PART B VS D DETERMINATION                     |
| 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  |
| 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  |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                            | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>                          |
|----------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------|
| 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   |
| 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   |

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 (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  |
| <b>RETINOIDES</b>                                                |         |                                                    |
| <i>bexarotene 1 % gel</i>                                        | NIVEL 5 | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY      |
| <i>bexarotene 75 mg cap</i>                                      | NIVEL 3 | QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY     |
| PANRETIN 0.1 % GEL                                               | NIVEL 5 | PA - FOR NEW STARTS ONLY                           |
| <i>tretinoin 10 mg cap</i>                                       | NIVEL 5 |                                                    |
| <b>COMPLEMENTOS DE TRATAMIENTO</b>                               |         |                                                    |
| <i>mesna 400 mg tab</i>                                          | NIVEL 4 |                                                    |
| VONJO 100 MG CAP                                                 | NIVEL 5 | LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <b>ANTIPARASITARIOS</b>                                          |         |                                                    |
| <b>ANTIHELMÍNTICOS</b>                                           |         |                                                    |
| <i>albendazole 200 mg tab</i>                                    | NIVEL 4 |                                                    |
| <i>ivermectin 3 mg tab</i>                                       | NIVEL 2 |                                                    |
| <i>praziquantel 600 mg tab</i>                                   | NIVEL 3 |                                                    |
| <b>ANTIPROTOZOICOS</b>                                           |         |                                                    |
| <i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>                          | NIVEL 4 | PA                                                 |
| <i>atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)</i> | NIVEL 2 |                                                    |
| BENZNIDAZOLE 100 MG TAB                                          | NIVEL 4 | QL (240 PER 365Days)                               |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                       | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB                                                                                                            | NIVEL 4      | QL (720 PER 365Days)           |
| <i>chloroquine phosphate (chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 500 mg tab)</i> | NIVEL 2      | QL (25 PER 30 DAYS)            |
| COARTEM 20-120 MG TAB                                                                                                               | NIVEL 4      | QL (24 PER 2Days)              |
| <i>hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab)</i>                    | NIVEL 2      | QL (120 PER 30 DAYS)           |
| <i>hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab)</i>                    | NIVEL 2      | QL (60 PER 30 DAYS)            |
| <i>hydroxychloroquine sulfate (hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab, hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab)</i>                    | NIVEL 2      | QL (30 PER 30 DAYS)            |
| <i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>                                                                                        | NIVEL 2      | QL (90 PER 30 DAYS)            |
| IMPAVIDO 50 MG CAP                                                                                                                  | NIVEL 5      | PA, QL (84 PER 28 DAYS)        |
| <i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>                                                                                                    | NIVEL 2      |                                |
| <i>nitazoxanide 500 mg tab</i>                                                                                                      | NIVEL 5      | PA, QL (6 PER 3Days)           |
| <i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>                                                                                    | NIVEL 3      |                                |
| <i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>                                                                                    | NIVEL 4      | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>primaquine phosphate (primaquine phosphate 26.3 base mg tab, primaquine phosphate 26.3 base mg tab)</i>                          | NIVEL 2      |                                |
| <i>pyrimethamine 25 mg tab</i>                                                                                                      | NIVEL 5      | PA                             |
| <i>quinine sulfate 324 mg cap</i>                                                                                                   | NIVEL 3      | PA, QL (180 PER 30 DAYS)       |

## ANTIPARKINSONIANOS

## ANTICOLINÉRGICOS

|                                                              |         |  |
|--------------------------------------------------------------|---------|--|
| <i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i> | 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   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|
| <i>benztropine mesylate 1 mg/ml solution</i>                                                                                                                    | NIVEL 4 |                      |
| <i>trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>                                                                                             | NIVEL 2 |                      |
| <b>ANTIPARKINSONIANOS, OTROS</b>                                                                                                                                |         |                      |
| <i>amantadine hcl (50 mg/5ml solution, 100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution)</i>                                                                        | NIVEL 2 |                      |
| <i>carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)</i> | NIVEL 4 |                      |
| <i>entacapone 200 mg tab</i>                                                                                                                                    | NIVEL 4 | QL (240 PER 30 DAYS) |
| <b>AGONISTAS DE LA DOPAMINA</b>                                                                                                                                 |         |                      |
| <i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>                                                                                                            | NIVEL 4 |                      |
| <i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>                                                   | NIVEL 2 |                      |
| <i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i>                                                               | NIVEL 2 |                      |
| <i>ropinirole hcl er (er 2 mg tab er, er 4 mg tab er, er 6 mg tab er)</i>                                                                                       | NIVEL 4 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>ropinirole hcl er 12 mg tab 24h</i>                                                                                                                          | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>ropinirole hcl er 8 mg tab 24h</i>                                                                                                                           | NIVEL 4 | QL (90 PER 30 DAYS)  |
| <b>PRECURSORES DE LA DOPAMINA Y/O INHIBIDORES DE LA L-AMINOÁCIDO DESCARBOXILASA</b>                                                                             |         |                      |
| <i>carbidopa 25 mg tab</i>                                                                                                                                      | NIVEL 4 |                      |
| <i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)</i>                                                                          | NIVEL 4 |                      |
| <i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)</i>                                                                                         | NIVEL 2 |                      |
| <i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 mg tab er, er 50-200 mg tab er)</i>                                                                                         | 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   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|
| <b>INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA B (MAO-B)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |                      |
| <i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NIVEL 4 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NIVEL 2 |                      |
| <b>ANTIPSIÓTICOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |                      |
| <b>PRIMERA GENERACIÓN/TÍPICOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                      |
| <i>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)</i> | NIVEL 4 |                      |
| <i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NIVEL 4 |                      |
| <i>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)</i>                                                                                                                                                           | NIVEL 4 |                      |
| <i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NIVEL 2 |                      |
| <i>haloperidol decanoate (50 mg/ml, 100 mg/ml)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NIVEL 3 |                      |
| <i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NIVEL 3 |                      |
| <i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NIVEL 2 |                      |
| <i>loxapine succinate (5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 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) |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                         | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| MOLINDONE HCL 5 MG TAB                                                | NIVEL 4      | QL (360 PER 30 DAYS)      |
| <i>pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)</i>                                  | NIVEL 3      |                           |
| <i>thioridazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i> | NIVEL 3      | PA - FOR NEW STARTS ONLY  |
| <i>thiothixene (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>          | NIVEL 3      |                           |
| <i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>  | NIVEL 2      |                           |

## 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                           |
| <i>aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>                             | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>                 | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>                                             | NIVEL 4 | QL (750 PER 30 DAYS)                                     |
| <i>aripiprazole 2 mg tab</i>                                                     | NIVEL 3 | QL (120 PER 30 DAYS)                                     |
| <i>aripiprazole 5 mg tab</i>                                                     | NIVEL 3 | QL (60 PER 30 DAYS)                                      |
| <i>asenapine maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>                       | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| BYSANTI (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB) | NIVEL 5 | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| BYSANTI TITRATION PACK A BYSNTI TITRTION PCK 1 & 2 & 4 & 6 MG TB THPK            | NIVEL 5 | QL (16 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| BYSANTI TITRATION PACK B YSANTI 1 & 2 & 6 & 8 MG TATHPK                          | NIVEL 5 | QL (24 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| BYSANTI TITRATION PACK C PAK 1 & 2 & 6 MG TAB THPK                               | NIVEL 5 | QL (16 PER 365Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)                                      | NIVEL 5 | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY            |
| ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR                                                 | NIVEL 5 | QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR                                                     | NIVEL 5 | QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION    |

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

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

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------|
| INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML<br>SUSP PRSYR                                                                                                                                                                                                                                             | NIVEL 5      | QL (2.63 PER 84Days), PA - PART<br>B VS D DETERMINATION |
| <i>lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab,<br/>60 mg tab, 120 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                               | NIVEL 4      | QL (30 PER 30 DAYS)                                     |
| <i>lurasidone hcl 80 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                       | NIVEL 4      | QL (60 PER 30 DAYS)                                     |
| NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)                                                                                                                                                                                                                                                       | NIVEL 5      | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA -<br>FOR NEW STARTS ONLY    |
| <i>olanzapine (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5<br/>mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg<br/>tab)</i>                                                                                                                                                                                         | NIVEL 2      |                                                         |
| <i>olanzapine (5 mg tab disp, 10 mg<br/>recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab<br/>disp, 20 mg tab disp)</i>                                                                                                                                                                           | NIVEL 4      |                                                         |
| OPIPZA (5 MG FILM, 10 MG FILM)                                                                                                                                                                                                                                                        | NIVEL 5      | QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR<br>NEW STARTS ONLY        |
| OPIPZA 2 MG FILM                                                                                                                                                                                                                                                                      | NIVEL 5      | QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR<br>NEW STARTS ONLY       |
| <i>paliperidone er (er 1.5 mg tab er, er 3<br/>mg tab er, er 9 mg tab er)</i>                                                                                                                                                                                                         | NIVEL 4      | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR<br>NEW STARTS ONLY        |
| <i>paliperidone er 6 mg tab 24h</i>                                                                                                                                                                                                                                                   | NIVEL 4      | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR<br>NEW STARTS ONLY        |
| PERSERIS (90 MG PRSYR, 120 MG<br>PRSYR)                                                                                                                                                                                                                                               | NIVEL 5      | QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B<br>VS D DETERMINATION   |
| <i>quetiapine fumarate (quetiapine<br/>fumarate 25 mg tab, quetiapine<br/>fumarate 50 mg tab, quetiapine<br/>fumarate 150 mg tab, quetiapine<br/>fumarate 100 mg tab, quetiapine<br/>fumarate 200 mg tab, quetiapine<br/>fumarate 300 mg tab, quetiapine<br/>fumarate 400 mg tab)</i> | NIVEL 2      |                                                         |
| <i>quetiapine fumarate er (er 50 mg tab<br/>er, er 150 mg tab er, er 200 mg tab er,<br/>er 300 mg tab er, er 400 mg tab er)</i>                                                                                                                                                       | NIVEL 4      |                                                         |
| REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1<br>MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG<br>TAB)                                                                                                                                                                                                       | NIVEL 5      | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR<br>NEW STARTS ONLY        |
| <i>risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab,<br/>1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg<br/>tab)</i>                                                                                                                                                                                          | 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                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------|
| <i>risperidone (risperidone 2 mg tab disp, risperidone 0.25 mg tab disp, risperidone 0.5 mg tab disp, risperidone 1 mg tab disp, risperidone 3 mg tab disp, risperidone 4 mg tab disp)</i> | NIVEL 4 |                                                |
| <i>risperidone 1 mg/ml solution</i>                                                                                                                                                        | NIVEL 3 |                                                |
| <i>risperidone microspheres er (er 12.5 mg, er 25 mg)</i>                                                                                                                                  | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION                 |
| <i>risperidone microspheres er (er 37.5 mg, er 50 mg)</i>                                                                                                                                  | NIVEL 5 | PA - PART B VS D DETERMINATION                 |
| SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)                                                                                                           | NIVEL 5 | QL (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  |
| VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK                                                                                                                                                                | NIVEL 4 | QL (7 PER 30Days), PA - FOR NEW STARTS ONLY    |
| <i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>                                                                                                                        | NIVEL 3 |                                                |
| <i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>                                                                                                                                               | NIVEL 4 |                                                |
| ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)                                                                                                                 | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION                 |
| <b>ANTIPSYCHOTICS, OTHER</b>                                                                                                                                                               |         |                                                |
| 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 |
| <b>RESISTENTES AL TRATAMIENTO</b>                                                                                                                                                          |         |                                                |
| <i>clozapine (12.5 mg tab disp, 25 mg tab disp, 100 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp)</i>                                                                                     | NIVEL 4 |                                                |
| <i>clozapine (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)</i>                                                                                                                            | 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             |
|-------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------|
| <b>ANTIESPÁSTICOS</b>                                                   |         |                                |
| <i>baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                  | NIVEL 2 |                                |
| <i>baclofen 15 mg tab</i>                                               | NIVEL 2 | QL (180 PER 30 DAYS)           |
| <i>baclofen 5 mg tab</i>                                                | NIVEL 2 | QL (480 PER 30 DAYS)           |
| <i>dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>             | NIVEL 4 |                                |
| <i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i>                              | NIVEL 2 |                                |
| <b>ANTIVÍRICOS</b>                                                      |         |                                |
| <b>ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)</b>                                        |         |                                |
| 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)           |
| <i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>                                    | NIVEL 3 | QL (60 PER 30 DAYS)            |
| <i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>                           | NIVEL 4 | QL (540 PER 30 DAYS)           |
| <b>ANTIHEPATÍTICOS CONTRA LA HEPATITIS B (HBV)</b>                      |         |                                |
| <i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>                                     | NIVEL 4 | QL (30 PER 30 DAYS)            |
| BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION                                           | NIVEL 5 | QL (630 PER 30 DAYS)           |
| <i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>                                 | NIVEL 4 | QL (30 PER 30 DAYS)            |
| EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION                                             | NIVEL 3 |                                |
| <i>lamivudine 100 mg tab</i>                                            | NIVEL 3 |                                |
| <b>ANTIHEPÁTICOS CONTRA LA HEPATITIS C</b>                              |         |                                |
| 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 2 |                                |
| <i>ribavirin (ribavirin 6 gm recon soln, ribavirin 6 gm recon soln)</i> | NIVEL 5 | 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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| VOSEVI 400-100-100 MG TAB                                                                                                                    | NIVEL 5      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)   |
| <b>ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INSTI)</b>                                                                                |              |                           |
| BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 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)       |
| STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB                                                                                                              | NIVEL 5      | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| TIVICAY (25 MG TAB, 50 MG TAB)                                                                                                               | NIVEL 5      | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| TIVICAY 10 MG TAB                                                                                                                            | NIVEL 4      | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| TIVICAY PD 5 MG TAB SOL                                                                                                                      | NIVEL 4      | QL (180 PER 30 DAYS)      |
| <b>ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NO NUCLEOSÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NNRTI)</b>                                                   |              |                           |
| 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 200 MG CAP                                                                                                                         | NIVEL 4      | QL (90 PER 30 DAYS)       |
| EFAVIRENZ 50 MG CAP                                                                                                                          | NIVEL 4      | QL (180 PER 30 DAYS)      |
| <i>efavirenz 600 mg tab</i>                                                                                                                  | NIVEL 4      | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg</i>                                                                                         | NIVEL 4      | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (efavirenz-lamivudine-tenofovir 400-300-300 mg tab, efavirenz-lamivudine-tenofovir 600-300-300 mg tab)</i> | NIVEL 5      | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg</i>                                                                                          | NIVEL 5      | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>etravirine 100 mg tab</i>                                                                                                                 | NIVEL 4      | 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    |
|-------------------------------------|---------|-----------------------|
| <i>etravirine 200 mg tab</i>        | NIVEL 5 | QL (60 PER 30 DAYS)   |
| INTELENCE 25 MG TAB                 | NIVEL 4 | QL (360 PER 30 DAYS)  |
| <i>nevirapine 200 mg tab</i>        | NIVEL 2 | QL (60 PER 30 DAYS)   |
| NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION     | NIVEL 4 | QL (1200 PER 30 DAYS) |
| NEVIRAPINE ER 100 MG TAB 24H        | NIVEL 4 | QL (90 PER 30 DAYS)   |
| <i>nevirapine er 400 mg tab 24h</i> | 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)   |
| <i>rilpivirine hcl 25 mg tab</i>    | NIVEL 5 | QL (60 PER 30 DAYS)   |

## ANTIRRETROVÍRICOS, INHIBIDORES NUCLEOSÍDICOS Y NUCLEOTÍDICOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (NRTI)

|                                                                                                    |         |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|
| <i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>                                                          | NIVEL 4 | QL (900 PER 30 DAYS) |
| <i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>                                                                 | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>                                                  | 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)  |
| <i>emtricitabine 200 mg cap</i>                                                                    | NIVEL 4 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)</i> | NIVEL 4 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION                                                                          | NIVEL 4 | QL (720 PER 30 DAYS) |
| <i>lamivudine (10 mg/ml, 300 mg/30ml)</i>                                                          | NIVEL 3 | QL (900 PER 30 DAYS) |
| <i>lamivudine 150 mg tab</i>                                                                       | NIVEL 3 | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>lamivudine 300 mg tab</i>                                                                       | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>                                                        | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| STAVUDINE (15 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP, 40 MG CAP)                                             | NIVEL 2 | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>                                                    | 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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>     | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|-----------------------------------|--------------|---------------------------|
| 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)      |
| TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB       | NIVEL 5      | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)   | NIVEL 5      | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| VIREAD 150 MG TAB                 | NIVEL 5      | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| VIREAD 40 MG/GM POWDER            | NIVEL 4      | QL (240 PER 30 DAYS)      |
| <i>zidovudine 100 mg cap</i>      | NIVEL 2      | QL (180 PER 30 DAYS)      |
| <i>zidovudine 300 mg tab</i>      | NIVEL 2      | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| <i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i> | NIVEL 2      | QL (1800 PER 30 DAYS)     |

## **ANTIRRETROVÍRICOS, OTROS**

|                                  |         |                                                    |
|----------------------------------|---------|----------------------------------------------------|
| CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP   | NIVEL 5 | QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP   | NIVEL 5 | QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| IDVYNZO 100-0.25 MG TAB          | NIVEL 5 | QL (30 PER 30 DAYS)                                |
| <i>maraviroc 150 mg tab</i>      | NIVEL 5 | QL (60 PER 30 DAYS)                                |
| <i>maraviroc 300 mg tab</i>      | 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)                              |
| SELZENTRY 25 MG TAB              | NIVEL 3 | QL (240 PER 30 DAYS)                               |
| SELZENTRY 75 MG TAB              | NIVEL 5 | QL (240 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**

|                                                    |         |                      |
|----------------------------------------------------|---------|----------------------|
| APTIVUS 250 MG CAP                                 | NIVEL 5 | QL (120 PER 30 DAYS) |
| <i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i> | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>               | 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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                      | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|----------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>darunavir 600 mg tab</i>                        | NIVEL 4      | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| <i>darunavir 800 mg tab</i>                        | NIVEL 4      | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| EVOTAZ 300-150 MG TAB                              | NIVEL 5      | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>            | NIVEL 4      | QL (120 PER 30 DAYS)      |
| KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION                    | NIVEL 4      | QL (390 PER 30 DAYS)      |
| LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION                         | NIVEL 4      | QL (1680 PER 30 DAYS)     |
| <i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>           | NIVEL 4      | QL (300 PER 30 DAYS)      |
| <i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>           | NIVEL 4      | QL (120 PER 30 DAYS)      |
| <i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution</i> | NIVEL 4      | QL (390 PER 30 DAYS)      |
| NORVIR 100 MG CAP                                  | NIVEL 4      |                           |
| NORVIR 100 MG PACKET                               | NIVEL 4      | QL (360 PER 30 DAYS)      |
| NORVIR 80 MG/ML SOLUTION                           | NIVEL 4      | QL (450 PER 30 DAYS)      |
| PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)         | NIVEL 5      | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION                      | NIVEL 5      | QL (360 PER 30 DAYS)      |
| PREZISTA 150 MG TAB                                | NIVEL 3      | QL (240 PER 30 DAYS)      |
| PREZISTA 75 MG TAB                                 | NIVEL 3      | QL (300 PER 30 DAYS)      |
| REYATAZ 50 MG PACKET                               | NIVEL 5      | QL (240 PER 30 DAYS)      |
| <i>ritonavir 100 mg tab</i>                        | 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**

|                                                 |         |                       |
|-------------------------------------------------|---------|-----------------------|
| <i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>          | NIVEL 3 | QL (120 PER 180Days)  |
| <i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>          | NIVEL 3 | QL (42 PER 180Days)   |
| <i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i> | NIVEL 3 | QL (1080 PER 365Days) |
| <i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>          | NIVEL 3 | QL (60 PER 180Days)   |
| RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA           | NIVEL 3 | QL (60 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 |
|----------------------------------------|---------|--------------------|
| 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

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

## 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

|                                                                              |         |  |
|------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| <i>buspirone hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab)</i> | NIVEL 2 |  |
|------------------------------------------------------------------------------|---------|--|

### BENZODIACEPINAS

|                                                                          |         |                       |
|--------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------|
| <i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>                    | NIVEL 2 | QL (120 PER 30 DAYS)  |
| <i>alprazolam 2 mg tab</i>                                               | NIVEL 2 | QL (150 PER 30 DAYS)  |
| <i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)</i> | NIVEL 3 | QL (1200 PER 30 DAYS) |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>              | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|--------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>clonazepam 0.5 mg tab</i>               | NIVEL 2      | QL (1200 PER 30 DAYS)     |
| <i>clonazepam 1 mg tab</i>                 | NIVEL 2      | QL (600 PER 30 DAYS)      |
| <i>clonazepam 1 mg tab disp</i>            | NIVEL 3      | QL (600 PER 30 DAYS)      |
| <i>clonazepam 2 mg tab</i>                 | NIVEL 2      | QL (300 PER 30 DAYS)      |
| <i>clonazepam 2 mg tab disp</i>            | NIVEL 3      | QL (300 PER 30 DAYS)      |
| <i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>   | NIVEL 4      | QL (180 PER 30 DAYS)      |
| <i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i> | NIVEL 4      | QL (720 PER 30 DAYS)      |
| <i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i>  | NIVEL 4      | QL (360 PER 30 DAYS)      |
| <i>diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>   | NIVEL 2      | QL (360 PER 30 DAYS)      |
| <i>diazepam 10 mg tab</i>                  | NIVEL 2      | QL (180 PER 30 DAYS)      |
| <i>diazepam 2 mg tab</i>                   | NIVEL 2      | QL (900 PER 30 DAYS)      |
| <i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>          | NIVEL 2      | QL (1800 PER 30 DAYS)     |
| <i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>      | NIVEL 2      | QL (360 PER 30 DAYS)      |
| <i>lorazepam 0.5 mg tab</i>                | NIVEL 2      | QL (600 PER 30 DAYS)      |
| <i>lorazepam 1 mg tab</i>                  | NIVEL 2      | QL (300 PER 30 DAYS)      |
| <i>lorazepam 2 mg tab</i>                  | NIVEL 2      | QL (150 PER 30 DAYS)      |
| <i>lorazepam 2 mg/ml conc</i>              | NIVEL 3      | QL (150 PER 30 DAYS)      |
| <i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>     | NIVEL 3      | QL (150 PER 30 DAYS)      |

## **BIPOLARES**

### **ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO**

|                                                                                                                                                                                                                                             |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <i>lithium 8 meq/5ml solution</i>                                                                                                                                                                                                           | NIVEL 2 |
| <i>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)</i> | NIVEL 2 |
| <i>lithium carbonate er (er 300 mg tab er, er 450 mg tab er)</i>                                                                                                                                                                            | 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  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------|
| <b>REGULADORES DE LA GLUCEMIA</b>                                                                    |         |                     |
| <b>ANTIDIABÉTICOS</b>                                                                                |         |                     |
| <i>acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                                                   | NIVEL 2 |                     |
| <i>dapaglifloz base-metformin er (er 5-500 mg tab er, er 10-1000 mg tab er, er 10-500 mg tab er)</i> | NIVEL 2 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>dapaglifloz base-metformin er 5-1000 mg tab 24h</i>                                               | NIVEL 2 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>                                                    | NIVEL 1 |                     |
| <i>glipizide (glipizide 2.5 mg tab, glipizide 5 mg tab, glipizide 10 mg tab)</i>                     | NIVEL 1 |                     |
| <i>glipizide er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)</i>                              | NIVEL 1 |                     |
| <i>glipizide xl (2.5 mg tab er, 5 mg tab er, 10 mg tab er)</i>                                       | NIVEL 1 |                     |
| <i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>                        | NIVEL 1 |                     |
| <i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>                                                 | NIVEL 1 |                     |
| GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)                                                | NIVEL 1 |                     |
| <i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>                           | NIVEL 1 |                     |
| GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)                                                                  | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| JANUMET XR (50-500 MG TAB ER 24H, 100-1000 MG TAB ER 24H)                                            | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H                                                                     | NIVEL 3 | QL (60 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) |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)                                                                                                                   | NIVEL 4      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)   |
| <i>metformin hcl (500 mg tab, 850 mg tab, 1000 mg tab)</i>                                                                                                   | NIVEL 1      |                           |
| <i>metformin hcl er (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er)</i>                                                                                                 | NIVEL 1      |                           |
| MOUNJARO (2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ) | NIVEL 3      | PA, QL (2 PER 28 DAYS)    |
| <i>nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)</i>                                                                                                                   | NIVEL 1      |                           |
| OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) (MG/1.5ML SOLN PEN)                                                                                                            | NIVEL 3      | PA, QL (1.5 PER 28 DAYS)  |
| OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) (MG/3ML SOLN PEN)                                                                                                              | NIVEL 3      | PA, QL (3 PER 28 DAYS)    |
| OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN                                                                                                                        | NIVEL 3      | PA, QL (3 PER 28 DAYS)    |
| OZEMPIC (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)                                                                                                                     | NIVEL 3      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)   |
| OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN                                                                                                                        | NIVEL 3      | PA, QL (3 PER 28 DAYS)    |
| <i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>                                                                                                    | NIVEL 1      |                           |
| <i>pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)</i>                                                                                               | NIVEL 1      | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)</i>                                                                                         | NIVEL 1      |                           |
| <i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>                                                                                                          | NIVEL 1      |                           |
| RYBELSUS (3 MG TAB, 7 MG TAB, 14 MG TAB)                                                                                                                     | NIVEL 3      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)   |
| <i>sitagliptin phos-metformin hcl er (er 50-500 mg tab er, er 100-1000 mg tab er)</i>                                                                        | NIVEL 2      | QL (30 PER 30 DAYS)       |
| <i>sitagliptin phos-metformin hcl er 50-1000 mg tab 24h</i>                                                                                                  | NIVEL 2      | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| <i>sitagliptin phos-metformin hcl (50-1000 mg tab, 50-500 mg tab)</i>                                                                                        | NIVEL 2      | 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     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------|
| <i>sitagliptin phosphate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                                                                           | 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)    |
| <b>GLUCÉMICOS</b>                                                                                                                         |         |                        |
| 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)      |
| <i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>                                                                                                      | NIVEL 5 |                        |
| GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN                                                                                                          | NIVEL 3 | QL (2 PER 2Days)       |
| <i>glucagon emergency (glucagon emergency 1 mg recon soln, glucagon emergency 1 mg recon soln, glucagon emergency 1 mg/ml recon soln)</i> | NIVEL 3 | QL (2 PER 2Days)       |
| <b>INSULINAS</b>                                                                                                                          |         |                        |
| 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                    |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                       | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>              |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------|
| HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN<br>KWIK(50-50) 100 UNIT/ML SUSP           | NIVEL 3      | INS                                    |
| HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100<br>UNIT/ML SUSPENSION                 | NIVEL 3      | INS                                    |
| HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN<br>KWIK(75-25) 100 UNIT/ML SUSP           | NIVEL 3      | INS                                    |
| HUMULIN 70/30 (70-30) 100<br>UNIT/ML SUSPENSION                     | NIVEL 3      | INS                                    |
| HUMULIN 70/30 KWIKPEN<br>KWIK(70-30) 100 UNIT/ML SUSP               | NIVEL 3      | INS                                    |
| HUMULIN N 100 UIT/ML SUSPESIO                                       | NIVEL 3      | INS                                    |
| HUMULIN N KWIKPEN KWIK100<br>UIT/ML SUSP                            | NIVEL 3      | INS                                    |
| HUMULIN R 100 UNIT/ML<br>SOLUTION                                   | NIVEL 3      | INS                                    |
| HUMULIN R U-500<br>(CONCENTRATED) (CONCENTATED)<br>UNIT/ML SOLUTION | NIVEL 3      | PA - PART B VS D<br>DETERMINATION, INS |
| HUMULIN R U-500 KWIKPEN<br>KWIKUNIT/ML SOLN                         | NIVEL 3      | INS                                    |
| INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100<br>/ML SOLN PEN                    | NIVEL 3      | INS                                    |
| INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML<br>SOLUTION                              | NIVEL 3      | INS                                    |
| INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN<br>KWIK100 UNIT/ML SOLN               | NIVEL 3      | INS                                    |
| INSULIN LISPRO PROT & LISPRO<br>(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<br>SOLN PEN                             | NIVEL 3      | QL (45 PER 30 DAYS), INS               |
| NOVOLIN R FLEXPEN FLEX100<br>UNIT/ML SOLN                           | NIVEL 3      | INS                                    |
| NOVOLIN R FLEXPEN RELION<br>FLEXELION 100 UNIT/ML SOLN              | NIVEL 3      | INS                                    |
| TOUJEO MAX SOLOSTAR 300<br>UNIT/ML SOLN PEN                         | NIVEL 3      | QL (18 PER 28 DAYS), INS               |
| TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML<br>SOLN PEN                             | NIVEL 3      | QL (18 PER 28 DAYS), INS               |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                 | NIVEL   | REQUISITOS/LÍMITES       |
|----------------------------------------|---------|--------------------------|
| 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

|                                                                                            |         |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|
| <i>dabigatran etexilate mesylate (75 mg cap, 110 mg cap, 150 mg cap)</i>                   | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| ELIQUIS (0.15 MG CAP SPRINK, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)                                         | NIVEL 3 | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 TAB SOL                                                      | NIVEL 3 | QL (360 PER 30 DAYS) |
| ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 TAB SOL                                                        | NIVEL 3 | QL (480 PER 30 DAYS) |
| ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL                                                                     | NIVEL 3 | QL (120 PER 30 DAYS) |
| ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK                                                  | NIVEL 3 | QL (74 PER 180Days)  |
| <i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)</i> | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>enoxaparin sodium (80 mg/0.8ml soln, 120 mg/0.8ml soln)</i>                             | NIVEL 4 | QL (48 PER 30 DAYS)  |
| <i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr</i>                                            | NIVEL 4 | QL (18 PER 30 DAYS)  |
| <i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr</i>                                            | NIVEL 4 | QL (24 PER 30 DAYS)  |
| <i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr</i>                                            | NIVEL 4 | QL (36 PER 30 DAYS)  |
| <i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>                                            | NIVEL 5 | QL (24 PER 30 DAYS)  |
| <i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>                                           | NIVEL 4 | QL (15 PER 30 DAYS)  |
| <i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>                                             | NIVEL 5 | QL (12 PER 30 DAYS)  |
| <i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>                                           | NIVEL 4 | QL (18 PER 30 DAYS)  |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                          | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| <i>heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml, 5000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml)</i>                             | NIVEL 2      | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>                                                               | NIVEL 2      | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>jantoven (1 mg tab, 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)</i>        | NIVEL 1      |                                |
| <i>rivaroxaban 1 mg/ml recon susp</i>                                                                                  | NIVEL 3      | QL (600 PER 30 DAYS)           |
| <i>rivaroxaban 2.5 mg tab</i>                                                                                          | NIVEL 3      | QL (60 PER 30 DAYS)            |
| <i>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)</i> | NIVEL 1      |                                |
| XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)                                                                              | NIVEL 3      | QL (30 PER 30 DAYS)            |
| XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK                                                                               | NIVEL 3      | QL (51 PER 180Days)            |

## HEMODERIVADOS Y MODIFICADORES, OTROS

|                                                                                                                                                                                                                    |         |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------|
| <i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>                                                                                                                                                                       | NIVEL 3 |                         |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 60 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR) | NIVEL 4 | PA                      |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION)                                                                    | NIVEL 5 | PA                      |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR                                                                                                                                                                       | NIVEL 5 | PA                      |
| <i>eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)</i>                                                                                                                                                           | NIVEL 5 | PA, QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                                                                                                                                  | NIVEL 5 | PA, QL (90 PER 30 DAYS) |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                          | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>eltrombopag olamine 25 mg packet</i>                                                                                                                | NIVEL 5      | PA, QL (180 PER 30 DAYS)  |
| <i>eltrombopag olamine 75 mg tab</i>                                                                                                                   | 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

|                                   |         |                     |
|-----------------------------------|---------|---------------------|
| <i>tranexamic acid 650 mg tab</i> | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
|-----------------------------------|---------|---------------------|

## MODIFICADORES PLAQUETARIOS

|                                                       |         |                     |
|-------------------------------------------------------|---------|---------------------|
| <i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap 12h</i>      | NIVEL 4 |                     |
| <i>cilostazol (50 mg tab, 100 mg tab)</i>             | NIVEL 2 |                     |
| <i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>                | NIVEL 1 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i> | NIVEL 3 |                     |
| <i>prasugrel hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>            | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)</i>              | NIVEL 3 | QL (60 PER 30 DAYS) |

## CARDIOVASCULARES

### AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA

|                                                                                     |         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| <i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i> | NIVEL 3 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                           | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>               | NIVEL 1      |                           |
| <i>droxidopa 100 mg cap</i>                                             | NIVEL 4      | PA, QL (540 PER 30 DAYS)  |
| <i>droxidopa 200 mg cap</i>                                             | NIVEL 4      | PA, QL (270 PER 30 DAYS)  |
| <i>droxidopa 300 mg cap</i>                                             | NIVEL 4      | PA, QL (84 PER 90Days)    |
| <i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>                              | NIVEL 2      |                           |
| METHYLDOPA (METHYLDOPA 500 MG TAB, METHYLDOPA 250 MG TAB)               | NIVEL 2      |                           |
| <i>midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>                  | NIVEL 3      |                           |
| <b>BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS ALFA</b>                                    |              |                           |
| <i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>      | NIVEL 2      |                           |
| <i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>                      | NIVEL 2      |                           |
| <i>terazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>          | NIVEL 1      |                           |
| <b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II</b>             |              |                           |
| <i>candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i> | NIVEL 1      |                           |
| <i>irbesartan (75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i>                   | NIVEL 1      |                           |
| <i>losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>            | NIVEL 1      |                           |
| <i>olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>            | NIVEL 1      |                           |
| <i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>                    | NIVEL 1      |                           |
| <i>valsartan (40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab)</i>         | NIVEL 1      |                           |
| <b>INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ACE)</b>      |              |                           |
| <i>benazepril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>       | NIVEL 1      |                           |
| <i>captopril (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>        | 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  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------|
| <i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                                                | NIVEL 1 |                     |
| <i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>                                                                                           | NIVEL 1 |                     |
| <i>lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>                                                                 | NIVEL 1 |                     |
| <i>moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>                                                                                                         | NIVEL 1 |                     |
| PERINDOPRIL ERBUMINE<br>(PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 8 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 4 MG TAB) | NIVEL 1 |                     |
| <i>quinapril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>                                                                                     | NIVEL 1 |                     |
| <i>ramipril (1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>                                                                                       | NIVEL 1 |                     |
| <i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>                                                                                                   | NIVEL 1 |                     |
| <b>ANTIARRÍTMICOS</b>                                                                                                                                |         |                     |
| <i>amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>                                                                                                       | NIVEL 4 |                     |
| <i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>                                                                                                                     | NIVEL 2 |                     |
| <i>digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>                                                                                                            | NIVEL 2 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>digox 125 mcg tab</i>                                                                                                                             | NIVEL 2 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>                                                                                                            | NIVEL 2 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>                                                                                            | NIVEL 4 |                     |
| <i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>                                                                                        | NIVEL 2 |                     |
| <i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>                                                                                           | NIVEL 2 |                     |
| MULTAQ 400 MG TAB                                                                                                                                    | NIVEL 3 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)</i>                                                                                                             | NIVEL 4 |                     |
| <i>pacerone 200 mg tab</i>                                                                                                                           | NIVEL 2 |                     |
| <i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>                                                                                          | NIVEL 2 |                     |

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 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)                                                            | NIVEL 2 |                    |
| <i>sorine (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)</i>                                                     | NIVEL 2 |                    |
| <i>sotalol hcl (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab)</i>                                    | NIVEL 2 |                    |
| <i>sotalol hcl (af) (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)</i>                                           | NIVEL 2 |                    |
| <b>BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA</b>                                                                  |         |                    |
| <i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>                                                        | NIVEL 2 |                    |
| <i>atenolol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                                                    | NIVEL 1 |                    |
| <i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                           | NIVEL 2 |                    |
| <i>bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                      | NIVEL 2 |                    |
| <i>carvedilol (3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>                                 | NIVEL 1 |                    |
| <i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>                                             | NIVEL 2 |                    |
| <i>metoprolol succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i> | NIVEL 1 |                    |
| <i>metoprolol tartrate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                                         | NIVEL 1 |                    |
| <i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>                                                      | NIVEL 2 |                    |
| <i>nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                     | NIVEL 3 |                    |
| <i>pindolol (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                                 | NIVEL 2 |                    |
| <i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>                        | NIVEL 2 |                    |
| PROPRANOLOL HCL (PROPRANOLOL HCL 40 MG/5ML SOLUTION, PROPRANOLOL HCL 20 MG/5ML SOLUTION)              | NIVEL 3 |                    |
| <i>propranolol hcl er (er 60 mg cap er, er 80 mg cap er, er 120 mg cap er, er 160 mg cap er)</i>      | NIVEL 2 |                    |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>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)</i> | NIVEL 4      |                           |
| <b>BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, DIHIDROPIRIDINAS</b>                                                                                                |              |                           |
| <i>amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                                                                 | NIVEL 1      |                           |
| <i>felodipine er (er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er)</i>                                                                                     | NIVEL 2      |                           |
| <i>isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>                                                                                                                     | NIVEL 3      |                           |
| <i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i>                                                                                                                | NIVEL 2      |                           |
| <i>nifedipine er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)</i>                                                                                     | NIVEL 2      |                           |
| <i>nifedipine er osmotic release (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)</i>                                                                     | NIVEL 2      |                           |
| <i>nimodipine 30 mg cap</i>                                                                                                                                  | NIVEL 4      |                           |
| <b>BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO, NO DIHIDROPIRIDINAS</b>                                                                                             |              |                           |
| <i>cartia xt (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er, 300 mg cap er)</i>                                                                                | NIVEL 2      |                           |
| <i>dilt-xr (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er)</i>                                                                                                 | NIVEL 2      |                           |
| <i>diltiazem hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab)</i>                                                                                           | NIVEL 2      |                           |
| <i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i>                                                                                                    | NIVEL 2      |                           |
| <i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>                                                                                                    | NIVEL 2      |                           |
| <i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>                                                                                                    | NIVEL 2      |                           |
| <i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i>                                                                                                    | NIVEL 2      |                           |
| <i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>                                                                                                    | NIVEL 2      |                           |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>diltiazem hcl er (er 60 mg cap er 12h, er 90 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 24h, er 120 mg tab er 24h, er 180 mg cap er 24h, er 180 mg tab er 24h, er 240 mg cap 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)</i> | NIVEL 2      |                           |
| <i>diltiazem hcl er beads 420 mg cap 24h</i>                                                                                                                                                                                                                                                   | NIVEL 2      |                           |
| <i>matzim la (180 mg tab er, 240 mg tab er, 300 mg tab er, 360 mg tab er, 420 mg tab er)</i>                                                                                                                                                                                                   | NIVEL 2      |                           |
| <i>taztia xt (120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er, 300 mg cap er, 360 mg cap er)</i>                                                                                                                                                                                                   | NIVEL 2      |                           |
| <i>tiadylt er (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er, er 300 mg cap er, er 360 mg cap er, er 420 mg cap er)</i>                                                                                                                                                                 | NIVEL 2      |                           |
| <i>verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                        | 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      |                           |
| <i>verapamil hcl er (er 120 mg cap er 24h, er 120 mg tab er, er 180 mg cap er 24h, er 180 mg tab er, er 240 mg cap er 24h, er 240 mg tab er)</i>                                                                                                                                               | NIVEL 2      |                           |
| <b>CARDIOVASCULARES, OTHER</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |                           |
| <i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                                  | NIVEL 2      |                           |
| <i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                             | NIVEL 4      |                           |
| <i>amiloride-hydrochlorothiazide (amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab, amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab)</i>                                                                                                                                                                    | NIVEL 2      |                           |
| <i>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)</i>                                                                                                                                                                       | NIVEL 1      |                           |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                            | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>amlodipine besylate-valsartan (5-160 mg tab, 5-320 mg tab, 10-160 mg tab, 10-320 mg tab)</i>                                                                                          | NIVEL 1      |                           |
| <i>amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab, 10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i> | NIVEL 3      |                           |
| <i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab)</i>                                                                                                      | NIVEL 1      |                           |
| <i>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)</i>                                                            | NIVEL 1      |                           |
| <i>atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)</i>                                                                                                                             | NIVEL 1      |                           |
| <i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>                                                                                      | NIVEL 1      |                           |
| <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>                                                                                                   | NIVEL 2      |                           |
| <i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i>                                                                                                         | NIVEL 1      |                           |
| CAPTOPRIL-<br>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)  |
| <i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tab)</i>                                                                                                                       | NIVEL 1      |                           |
| <i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>                                                                                                                           | NIVEL 1      |                           |
| <i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>                                                                                                                 | NIVEL 1      |                           |
| <i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>                                                                                                                                             | NIVEL 4      | PA, QL (60 PER 30 DAYS)   |
| <i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>                                                                                                     | NIVEL 1      |                           |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>losartan potassium-hctz (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                                    | NIVEL 1      |                           |
| <i>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                                 | NIVEL 2      |                           |
| <i>metirosine 250 mg cap</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NIVEL 5      |                           |
| <i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                                    | NIVEL 1      |                           |
| <i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                         | NIVEL 1      |                           |
| <i>pentoxifylline er 400 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NIVEL 2      |                           |
| <i>quinapril-hydrochlorothiazide (quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg tab, 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)</i>              | NIVEL 1      |                           |
| <i>ranolazine er (er 500 mg tab er, er 1000 mg tab er)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                         | NIVEL 4      | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| <i>sacubitril-valsartan (49-51 mg tab, 97-103 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                          | NIVEL 3      | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| <i>sacubitril-valsartan 24-26 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NIVEL 3      | QL (180 PER 30 DAYS)      |
| <i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NIVEL 2      |                           |
| <i>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)</i> | NIVEL 1      |                           |
| <i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                                             | 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          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------|
| TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (ER 1-240 MG TAB ER, ER 2-180 MG TAB ER, ER 2-240 MG TAB ER, ER 4-240 MG TAB ER)                                                         | NIVEL 1 |                             |
| <i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>                                                                                                 | NIVEL 1 |                             |
| <i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>                                                  | NIVEL 1 |                             |
| 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 |
| <b>DIURÉTICOS, ASA</b>                                                                                                                                                 |         |                             |
| <i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>                                                                                                                     | NIVEL 2 |                             |
| <i>bumetanide 0.25 mg/ml solution</i>                                                                                                                                  | NIVEL 4 |                             |
| <i>furosemide (furosemide 10 mg/ml solution, furosemide 10 mg/ml solution)</i>                                                                                         | NIVEL 4 |                             |
| FUROSEMIDE (FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 40 MG TAB, FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 20 MG TAB, FUROSEMIDE 80 MG TAB) | NIVEL 1 |                             |
| <i>torsemide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)</i>                                                                                                          | NIVEL 2 |                             |
| <b>DIURÉTICOS, AHORRADORES DE POTASIO</b>                                                                                                                              |         |                             |
| <i>amiloride hcl 5 mg tab</i>                                                                                                                                          | NIVEL 2 |                             |
| <i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                                                                                               | NIVEL 3 |                             |
| <i>spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                                                                                                               | 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 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| <b>DIURÉTICOS, TIAZIDAS</b>                                                                          |         |                    |
| <i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                         | NIVEL 2 |                    |
| <i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                          | NIVEL 1 |                    |
| <i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>                                                          | NIVEL 1 |                    |
| <i>metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                  | NIVEL 2 |                    |
| <b>DISLIPIDÉMICOS, DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO</b>                                                   |         |                    |
| <i>fenofibrate (48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap, 134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap)</i> | NIVEL 2 |                    |
| <i>fenofibrate micronized (43 mg cap, 67 mg cap, 130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap)</i>             | NIVEL 2 |                    |
| <i>fenofibric acid (45 mg cap dr, 135 mg cap dr)</i>                                                 | NIVEL 3 |                    |
| <i>gemfibrozil 600 mg tab</i>                                                                        | NIVEL 2 |                    |
| <b>DISLIPIDÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HIDROXIMETILGLUTARIL-COENZIMA A (HMG-COA) REDUCTASA</b>         |         |                    |
| <i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>                             | NIVEL 1 |                    |
| <i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>                                                     | NIVEL 1 |                    |
| <i>fluvastatin sodium er 80 mg tab 24h</i>                                                           | NIVEL 2 |                    |
| <i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>                                                  | NIVEL 1 |                    |
| <i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>                               | NIVEL 1 |                    |
| <i>rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>                              | NIVEL 1 |                    |
| <i>simvastatin (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>                            | NIVEL 1 |                    |
| <b>DISLIPIDÉMICOS, OTROS</b>                                                                         |         |                    |
| <i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>                                                | NIVEL 3 |                    |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                         | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>                           | NIVEL 2      |                           |
| <i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>                                   | NIVEL 4      |                           |
| <i>colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)</i>                                    | NIVEL 3      |                           |
| <i>colestipol hcl 1 gm tab</i>                                                        | NIVEL 2      |                           |
| <i>ezetimibe 10 mg tab</i>                                                            | NIVEL 2      |                           |
| <i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i> | NIVEL 2      |                           |
| <i>icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)</i>                                         | NIVEL 4      | QL (120 PER 30 DAYS)      |
| NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB                                                | NIVEL 4      |                           |
| <i>niacin er (antihyperlipidemic) (er 750 mg tab er, er 1000 mg tab er)</i>           | NIVEL 3      | QL (60 PER 30 DAYS)       |
| <i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab</i>                                      | NIVEL 3      | QL (120 PER 30 DAYS)      |
| NIACOR 500 MG TAB                                                                     | NIVEL 4      |                           |
| <i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>                                             | NIVEL 2      | QL (120 PER 30 DAYS)      |
| <i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>                                      | NIVEL 3      |                           |
| REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR                                                          | NIVEL 3      | PA                        |
| REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART                                      | NIVEL 3      | PA                        |
| REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ                                                | NIVEL 3      | PA                        |
| <b>SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)</b>                            |              |                           |
| <i>dapagliflozin (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                            | 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      | ST, QL (30 PER 30 DAYS)   |
| <b>VASODILADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA</b>                                     |              |                           |
| <i>hydralazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>                  | 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  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------|
| <i>minoxidil (2.5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                                                                                   | NIVEL 2 |                     |
| <b>VASODILATADORES ARTERIALES DE ACCIÓN DIRECTA/VENOUS</b>                                                                                                 |         |                     |
| <i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>                                                                                    | NIVEL 2 |                     |
| <i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                                                                       | NIVEL 2 |                     |
| <i>isosorbide mononitrate er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er)</i>                                                                                        | NIVEL 1 |                     |
| <i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab 24h</i>                                                                                                            | NIVEL 2 |                     |
| <i>nitro-bid 2 % ointment</i>                                                                                                                              | NIVEL 3 |                     |
| <i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i> | NIVEL 2 |                     |
| <i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>                                                                                                                        | NIVEL 4 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>nitroglycerin 2 % ointment</i>                                                                                                                          | NIVEL 3 |                     |

## SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, MEDICAMENTOS DEL

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

|                                                                                                                                          |         |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|
| <i>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)</i> | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>amphetamine-dextroamphetamine (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab)</i>                                                        | NIVEL 2 | QL (120 PER 30 DAYS) |
| <i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i>                                                                                         | NIVEL 2 | QL (150 PER 30 DAYS) |
| <i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab</i>                                                                                           | NIVEL 2 | QL (90 PER 30 DAYS)  |
| <i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i>                                                                                           | NIVEL 2 | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                                                   | NIVEL 4 | QL (180 PER 30 DAYS) |
| <i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i>                                                                                               | NIVEL 4 | QL (120 PER 30 DAYS) |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>              | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|--------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab</i> | NIVEL 4      | QL (90 PER 30 DAYS)       |
| <i>dextroamphetamine sulfate 30 mg tab</i> | NIVEL 4      | QL (60 PER 30 DAYS)       |

## **TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN, MEDICAMENTOS NO ANFETAMÍNICOS CONTRA EL**

|                                                                                           |         |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|
| <i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i>                                  | NIVEL 3 | QL (120 PER 30 DAYS) |
| <i>atomoxetine hcl (60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)</i>                                 | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i>                                                          | NIVEL 3 | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>dexmethylphenidate hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>                           | NIVEL 2 | QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>guanfacine hcl er (er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er, er 4 mg tab er)</i> | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>                               | NIVEL 4 | QL (90 PER 30 DAYS)  |
| <i>methylphenidate hcl 10 mg chew tab</i>                                                 | NIVEL 4 | QL (180 PER 30 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl 10 mg tab</i>                                                      | NIVEL 2 | QL (180 PER 30 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl 20 mg tab</i>                                                      | NIVEL 2 | QL (90 PER 30 DAYS)  |
| <i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>                                                       | NIVEL 2 | QL (360 PER 30 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl er 10 mg tab</i>                                                   | NIVEL 3 | QL (180 PER 30 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl er 20 mg tab</i>                                                   | 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)  |

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           |
|--------------------------------------------------------|---------|------------------------------|
| AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 6 & 12 & 24 MG TBER THPK  | NIVEL 5 | PA, QL (42 PER 30Days)       |
| <i>bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab</i> | NIVEL 3 | PA, QL (48 PER 30Days), NDS  |
| <i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab</i>       | NIVEL 3 | PA, QL (48 PER 30Days), NDS  |
| <i>riluzole 50 mg tab</i>                              | NIVEL 3 |                              |
| <i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>                       | NIVEL 4 | PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS) |
| <i>tetrabenazine 25 mg tab</i>                         | NIVEL 5 | PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS) |
| VEOZAH 45 MG TAB                                       | NIVEL 4 | PA, QL (30 PER 30 DAYS)      |

## FIBROMIALGIA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

|                                                                             |         |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------|
| DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP                                                 | NIVEL 4 | QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP                                                 | NIVEL 4 | QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP                                                 | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP                                                 | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>duloxetine hcl 20 mg cp dr part</i>                                      | NIVEL 2 | QL (120 PER 30 DAYS)                          |
| <i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>                                      | NIVEL 2 | QL (90 PER 30 DAYS)                           |
| <i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>                                      | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 DAYS)                           |
| <i>duloxetine hcl 60 mg cp dr part</i>                                      | NIVEL 2 | QL (60 PER 30 DAYS)                           |
| <i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>                      | NIVEL 3 | QL (60 PER 30 DAYS)                           |
| <i>pregabalin (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)</i> | NIVEL 3 | QL (90 PER 30 DAYS)                           |
| <i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>                                         | 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) |
| <i>dalfampridine er 10 mg tab 12h</i>                            | NIVEL 3 | PA, QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)</i>          | NIVEL 4 | PA, QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>dimethyl fumarate starter pack 120 &amp; 240 mg cpdr thpk</i> | NIVEL 4 | PA, QL (60 PER 30 DAYS) |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                 | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|-----------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>              | NIVEL 5      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)   |
| <i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr</i> | NIVEL 4      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)   |
| <i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr</i> | NIVEL 4      | PA, QL (12 PER 28 DAYS)   |
| <i>glatopa 20 mg/ml soln prsyr</i>            | NIVEL 4      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)   |
| <i>glatopa 40 mg/ml soln prsyr</i>            | NIVEL 4      | PA, QL (12 PER 28 DAYS)   |
| <i>teriflunomide (7 mg tab, 14 mg tab)</i>    | NIVEL 4      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)   |

## **BUCODENTALES**

|                                                |         |
|------------------------------------------------|---------|
| <i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>                | NIVEL 4 |
| <i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i> | NIVEL 2 |
| <i>kourzeq 0.1 % paste</i>                     | NIVEL 3 |
| <i>oralone 0.1 % paste</i>                     | NIVEL 3 |
| <i>periogard 0.12 % solution</i>               | NIVEL 2 |
| <i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>  | NIVEL 3 |
| <i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>     | NIVEL 3 |

## **DERMATOLÓGICOS**

### **ACNÉ Y ROSÁCEA, MEDICAMENTOS PARA TRATAR**

|                                                                  |         |
|------------------------------------------------------------------|---------|
| <i>accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>                | NIVEL 4 |
| <i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>             | NIVEL 4 |
| <i>amnestem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>     | NIVEL 4 |
| <i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>                   | NIVEL 4 |
| <i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>     | NIVEL 4 |
| <i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel</i>                | NIVEL 3 |
| <i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i> | NIVEL 4 |

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 |
|-----------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| <i>myorisan (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>                     | NIVEL 4 |                    |
| <i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>                        | NIVEL 3 |                    |
| <i>tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)</i>  | NIVEL 4 |                    |
| <i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)</i> | NIVEL 4 | PA                 |
| <i>tretinoin 0.025 % cream</i>                                        | NIVEL 3 | PA                 |
| <i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>          | NIVEL 4 |                    |

## DERMATITIS Y PRURITO, MEDICAMENTOS PARA TRATAR

|                                                                                                                                                                                     |         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| <i>ala-cort 1 % cream</i>                                                                                                                                                           | NIVEL 2 |  |
| <i>alclometasone dipropionate (alclometasone dipropionate 0.05 % ointment, alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment)</i>                 | NIVEL 3 |  |
| <i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>                                                                                                                                   | NIVEL 2 |  |
| <i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>                                                                                                    | NIVEL 2 |  |
| <i>betamethasone dipropionate aug (betamethasone dipropionate aug 0.05 % lotion, betamethasone dipropionate aug 0.05 % gel, betamethasone dipropionate aug 0.05 % ointment)</i>     | NIVEL 3 |  |
| <i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream</i>                                                                                                                                  | NIVEL 2 |  |
| <i>betamethasone valerate (betamethasone valerate 0.1 % cream, betamethasone valerate 0.1 % lotion, betamethasone valerate 0.1 % ointment, betamethasone valerate 0.1 % lotion)</i> | NIVEL 2 |  |
| <i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>                                                                                                                                  | 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       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------|
| <i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>                                                                                             | NIVEL 4 |                          |
| <i>clobetasol propionate 0.05 % liquid</i>                                                                                                                                                         | NIVEL 4 | QL (250 PER 30 DAYS)     |
| <i>clobetasol propionate e clobetasol propionate 0.05 % cream</i>                                                                                                                                  | NIVEL 4 |                          |
| <i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>                                                                                                                                                    | NIVEL 4 |                          |
| <i>desoximetasone 0.25 % cream</i>                                                                                                                                                                 | NIVEL 4 |                          |
| EUCRISA 2 % OINTMENT                                                                                                                                                                               | NIVEL 4 | PA, QL (100 PER 30 DAYS) |
| <i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>                                                                                                                      | NIVEL 3 |                          |
| <i>fluocinolone acetonide 0.01 % solution</i>                                                                                                                                                      | NIVEL 4 |                          |
| <i>fluocinolone acetonide body 0.01 % oil</i>                                                                                                                                                      | NIVEL 4 |                          |
| <i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>                                                                                                                                                     | NIVEL 4 |                          |
| <i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)</i>                                                                                                      | NIVEL 3 |                          |
| <i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>                                                                                                                                                   | NIVEL 3 |                          |
| <i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>                                                                                                                                     | NIVEL 2 |                          |
| <i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>                                                                                                                                      | NIVEL 4 | QL (200 PER 28 DAYS)     |
| <i>hydrocortisone (hydrocortisone 1 % cream, hydrocortisone 1 % ointment, hydrocortisone 2.5 % cream, hydrocortisone 2.5 % ointment, hydrocortisone 2.5 % lotion, hydrocortisone 2.5 % lotion)</i> | NIVEL 2 |                          |
| <i>hydrocortisone (perianal) (hydrocortisone (perianal) 1 % cream, hydrocortisone (perianal) 2.5 % cream)</i>                                                                                      | NIVEL 2 |                          |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>hydrocortisone butyrate</i><br>( <i>hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment, hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment</i> )                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NIVEL 4      |                           |
| <i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NIVEL 2      |                           |
| <i>procto-med hc 2.5 % cream</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NIVEL 2      |                           |
| <i>proctosol hc 2.5 % cream</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NIVEL 2      |                           |
| <i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NIVEL 2      |                           |
| <i>selenium sulfide (selenium sulfide 2.5 % lotion, selenium sulfide 2.5 % lotion)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NIVEL 2      |                           |
| <i>tacrolimus (0.03 %, 0.1 %)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NIVEL 4      | QL (100 PER 30 DAYS)      |
| <i>triamcinolone acetonide</i><br>( <i>triamcinolone acetonide 0.025 % cream, triamcinolone acetonide 0.025 % lotion, triamcinolone acetonide 0.025 % ointment, triamcinolone acetonide 0.1 % cream, triamcinolone acetonide 0.1 % lotion, triamcinolone acetonide 0.1 % ointment, triamcinolone acetonide 0.5 % cream, triamcinolone acetonide 0.5 % ointment, triamcinolone acetonide 0.025 % lotion</i> ) | NIVEL 2      |                           |
| <i>triderm 0.5 % cream</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NIVEL 2      |                           |
| <b>DERMATOLÓGICOS, OTROS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |                           |
| <i>alcohol wipes 70 % misc</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NIVEL 2      |                           |
| <i>calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NIVEL 4      |                           |
| <i>calcipotriene (calcipotriene 0.005 % solution, calcipotriene 0.005 % solution)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NIVEL 3      |                           |
| <i>calcitrene 0.005 % ointment</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NIVEL 3      |                           |
| <i>clotrimazole-betamethasone</i><br>( <i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion</i> )                                                                                                                                                                                                                                                                       | NIVEL 4      |                           |
| <i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------|
| <i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>                                              | NIVEL 2 |                                                   |
| <i>fluorouracil (fluorouracil 2 % solution, fluorouracil 5 % solution)</i>                | NIVEL 2 |                                                   |
| <i>fluorouracil 5 % cream</i>                                                             | NIVEL 3 |                                                   |
| <i>imiquimod 5 % cream</i>                                                                | NIVEL 2 | QL (24 PER 30 DAYS)                               |
| <i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>                                                        | NIVEL 2 |                                                   |
| <i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>                                                  | NIVEL 2 |                                                   |
| <i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>                                                     | NIVEL 2 |                                                   |
| METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP                                                               | NIVEL 5 |                                                   |
| <i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i> | NIVEL 4 |                                                   |
| 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)                           |
| <i>podofilox (podofilox 0.5 % solution, podofilox 0.5 % solution)</i>                     | NIVEL 2 |                                                   |
| <i>qc alcohol 70 % misc</i>                                                               | NIVEL 2 |                                                   |
| <i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>                                               | NIVEL 2 |                                                   |
| SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT                                                               | NIVEL 4 | QL (180 PER 30 DAYS)                              |
| <i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>                                                      | NIVEL 2 |                                                   |
| <i>ssd 1 % cream</i>                                                                      | NIVEL 2 |                                                   |
| TOLAK 4 % CREAM                                                                           | NIVEL 3 |                                                   |
| VALCHLOR 0.016 % GEL                                                                      | NIVEL 5 | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <b>PEDICULICIDAS/ESCABICIDAS</b>                                                          |         |                                                   |
| <i>malathion 0.5 % lotion</i>                                                             | NIVEL 4 |                                                   |
| <i>permethrin (permethrin 5 % cream, permethrin 5 % cream)</i>                            | NIVEL 2 |                                                   |
| <b>ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS</b>                                                            |         |                                                   |
| <i>acyclovir 5 % ointment</i>                                                             | NIVEL 4 | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                           |
| <i>ciclodan 8 % solution</i>                                                              | NIVEL 2 |                                                   |
| <i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)</i>                                               | NIVEL 4 |                                                   |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                     | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>ciclopirox 8 % solution</i>                                    | NIVEL 2      |                           |
| <i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>       | NIVEL 2      |                           |
| <i>clindamycin phos (once-daily) 1 % gel</i>                      | NIVEL 2      |                           |
| <i>clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel</i>                     | NIVEL 2      |                           |
| <i>clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)</i> | NIVEL 2      |                           |
| ERY 2 % PAD                                                       | NIVEL 3      |                           |
| <i>erythromycin (erythromycin 2 % gel, erythromycin 2 % gel)</i>  | NIVEL 4      |                           |
| <i>erythromycin 2 % solution</i>                                  | NIVEL 2      |                           |
| <i>mupirocin 2 % ointment</i>                                     | NIVEL 2      |                           |

## **ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS**

### **SUSTITUTOS DE ELECTROLITOS/MINERALES**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| <i>dextrose (dextrose 10 % solution, dextrose 10 % solution)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NIVEL 4 |  |
| <i>dextrose (dextrose 5 % solution, dextrose 5 % solution)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NIVEL 3 |  |
| <i>dextrose in lactated ringers in 5 % solution</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NIVEL 4 |  |
| DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NIVEL 3 |  |
| <i>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 5-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.33 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.3 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution)</i> | 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 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| <i>dextrose-sodium chloride (dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution)</i>                                                                                                                                                                                                                                   | NIVEL 3 |                    |
| <i>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)</i> | NIVEL 4 |                    |
| KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NIVEL 4 |                    |
| <i>klor-con (klor-con 8 meq tab er, klor-con 8 meq tab er)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NIVEL 2 |                    |
| <i>klor-con 10 (klor-con 10 10 meq tab er, klor-con 10 10 meq tab er)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NIVEL 2 |                    |
| <i>klor-con m10 meq tab er</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NIVEL 2 |                    |
| <i>klor-con m15 meq tab er</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NIVEL 2 |                    |
| <i>klor-con m20 meq tab er</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NIVEL 2 |                    |
| <i>lactated ringers (lactated ringers solution, lactated ringers solution)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NIVEL 4 |                    |
| <i>magnesium sulfate (magnesium sulfate 50 % solution, magnesium sulfate 50 % solution)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NIVEL 4 |                    |
| <i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NIVEL 2 |                    |
| PNV 27-CA/FE/FA 60-1 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             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------|
| <i>potassium chloride (potassium chloride 20 meq/100ml solution, potassium chloride 20 meq/100ml solution, potassium chloride 2 meq/ml solution, potassium chloride 10 % solution, potassium chloride 10 meq/100ml solution, potassium chloride 10 meq/100ml solution, potassium chloride 20 meq/15ml (10%) solution, potassium chloride 40 meq/15ml (20%) solution)</i> | NIVEL 4 |                                |
| <i>potassium chloride crys er (er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NIVEL 2 |                                |
| <i>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)</i>                                                                            | NIVEL 2 |                                |
| <i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NIVEL 4 |                                |
| <i>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)</i>                                                                                                                       | NIVEL 4 |                                |
| <i>potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                       | NIVEL 3 |                                |
| POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NIVEL 4 |                                |
| PREMASOL 10 % SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>prenatal vitamins</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NIVEL 3 |                                |
| <i>ringers solution</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NIVEL 4 |                                |
| <i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------|
| <i>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)</i>                                                                                                 | NIVEL 4 |                                |
| <i>sodium fluoride (sodium fluoride 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, sodium fluoride 0.55 (0.25 f) mg chew tab, sodium fluoride 0.55 (0.25 f) mg chew tab, sodium fluoride 1.1 (0.5 f) mg chew tab, sodium fluoride 2.2 (1 f) mg chew tab, sodium fluoride 1.1 (0.5 f) mg chew tab, sodium fluoride 2.2 (1 f) mg chew tab)</i> | NIVEL 2 |                                |
| TPN ELECTROLYTES CONC                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <b>MODIFICADORES DE ELECTROLITOS/MINERALES/METALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |                                |
| <i>deferasirox (250 mg tab, 500 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                               | NIVEL 5 |                                |
| <i>deferasirox 125 mg tab sol</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NIVEL 3 |                                |
| <i>tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 &amp; 15 mg tab thpk, 45 &amp; 15 mg tab thpk, 60 &amp; 30 mg tab thpk, 90 &amp; 30 mg tab thpk)</i>                                                                                                                                                                                     | NIVEL 5 | PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)    |
| <i>tolvaptan 15 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NIVEL 5 | PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)   |
| <i>tolvaptan 30 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NIVEL 5 | PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)   |
| <i>trientine hcl 250 mg cap</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NIVEL 5 | PA, QL (240 PER 30 DAYS)       |
| TRIENTINE HCL 500 MG CAP                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NIVEL 5 | PA, QL (120 PER 30 DAYS)       |
| <b>QUELANTES DE FOSFATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |                                |
| <i>calcium acetate (phos binder) 667 mg cap</i>                                                                                                                                                                                                                                                                           | NIVEL 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NIVEL 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <b>QUELANTES DE POTASIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |                                |
| <i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NIVEL 2 |                                |
| LOKELMA (5 GM PACKET, 10 GM PACKET)                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| <i>sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)</i>                                                                                   | NIVEL 2 |                    |
| SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)<br>(SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)<br>30 GM/120ML SUSPENSION, SPS<br>(SODIUM POLYSTYRENE SULF) 15<br>GM/60ML SUSPENSION) | NIVEL 2 |                    |

## GASTROINTESTINALES

### ESTREÑIMIENTO, MEDICAMENTOS CONTRA EL

|                                                                     |         |                     |
|---------------------------------------------------------------------|---------|---------------------|
| <i>constulose 10 gm/15ml solution</i>                               | NIVEL 2 |                     |
| <i>enulose 10 gm/15ml solution</i>                                  | NIVEL 2 |                     |
| <i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>                | NIVEL 2 |                     |
| <i>generlac 10 gm/15ml solution</i>                                 | NIVEL 2 |                     |
| <i>lactulose (10 gm/15ml, 20 gm/30ml)</i>                           | NIVEL 2 |                     |
| <i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>                 | NIVEL 2 |                     |
| LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)                      | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)</i>                         | NIVEL 2 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)                                   | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i> | NIVEL 3 |                     |
| <i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>                | NIVEL 2 |                     |

### ANTIDIARREICOS

|                                                |         |                             |
|------------------------------------------------|---------|-----------------------------|
| <i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>    | NIVEL 4 | PA                          |
| <i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i> | NIVEL 2 |                             |
| DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID | NIVEL 4 |                             |
| <i>loperamide hcl 2 mg cap</i>                 | NIVEL 2 |                             |
| XERMELO 250 MG TAB                             | NIVEL 5 | PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS) |

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                             | NIVEL   | REQUISITOS/LÍMITES       |
|--------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------|
| <b>ANTIESPASMÓDICOS, GASTROINTESTINALES</b>                        |         |                          |
| <i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)</i>                      | NIVEL 2 | PA                       |
| <i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution</i>                          | NIVEL 4 | PA                       |
| <i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>                         | NIVEL 2 |                          |
| <i>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>              | NIVEL 4 |                          |
| <b>GASTROINTESTINALES, OTHER</b>                                   |         |                          |
| <i>bis subcit-metronid-tetracyc 140-125-125 mg cap</i>             | NIVEL 4 | QL (240 PER 365Days)     |
| <i>bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap</i>           | NIVEL 4 | QL (240 PER 365Days)     |
| <i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>                             | NIVEL 4 |                          |
| GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN                                       | NIVEL 2 |                          |
| <i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>                                | NIVEL 2 |                          |
| OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART                                    | NIVEL 5 | PA                       |
| <i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>                     | NIVEL 2 |                          |
| <i>ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)</i>                           | NIVEL 3 |                          |
| <i>ursodiol 300 mg cap</i>                                         | NIVEL 4 |                          |
| 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) |
| <b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA 2 (H2)</b>       |         |                          |
| <i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i> | NIVEL 2 |                          |
| <i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i>                           | NIVEL 1 |                          |
| NIZATIDINE (NIZATIDINE 150 MG CAP, NIZATIDINE 300 MG CAP)          | NIVEL 2 |                          |
| <b>PROTECTORES</b>                                                 |         |                          |
| <i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>                      | 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  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------|
| <i>sucrafate 1 gm tab</i>                                                                               | NIVEL 2 |                     |
| <b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>                                                              |         |                     |
| <i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i>                                                              | NIVEL 4 |                     |
| <i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>                                                              | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>                                                                        | NIVEL 2 |                     |
| <i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>                                                                        | NIVEL 2 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>omeprazole 10 mg cap dr</i>                                                                          | NIVEL 2 |                     |
| <i>omeprazole 20 mg cap dr</i>                                                                          | NIVEL 1 |                     |
| <i>omeprazole 40 mg cap dr</i>                                                                          | NIVEL 1 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>pantoprazole sodium (pantoprazole sodium 40 mg recon soln, pantoprazole sodium 40 mg recon soln)</i> | NIVEL 4 |                     |
| <i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i>                                                                 | NIVEL 1 |                     |
| <i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i>                                                                 | NIVEL 1 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>                                                                  | NIVEL 3 |                     |

## 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 |
| <i>betaine powder</i>                                                                                                        | NIVEL 5 |                                    |
| <i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>                                                                                         | 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 |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                           | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------|
| <i>l-glutamine 5 gm packet</i>                                                                                                                                                                          | NIVEL 5      | PA, QL (180 PER 30 DAYS)           |
| <i>levocarnitine 330 mg tab</i>                                                                                                                                                                         | NIVEL 2      |                                    |
| NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION                                                                                                                                                                              | NIVEL 5      | LA, PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>                                                                                                                                                       | NIVEL 5      | PA                                 |
| REVCovi 2.4 MG/1.5ML SOLUTION                                                                                                                                                                           | NIVEL 5      | PA, LA                             |
| <i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>                                                                                                                           | NIVEL 5      | PA                                 |
| <i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>                                                                                                                                              | NIVEL 5      | PA                                 |
| ZENPEP (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) |
| <i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>                                              | NIVEL 2 |                      |
| <i>oxybutynin chloride er (er 5 mg tab er, er 10 mg tab er, er 15 mg tab er)</i> | NIVEL 2 |                      |
| <i>solifenacin succinate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                               | NIVEL 2 | QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>                                 | NIVEL 4 | ST                   |
| <i>tolterodine tartrate er (er 2 mg cap er, er 4 mg cap er)</i>                  | NIVEL 4 | ST                   |
| <i>trospium chloride 20 mg tab</i>                                               | 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             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------|
| <b>HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA, MEDICAMENTOS CONTRA LA</b>                                                                                                                                                                                                            |         |                                |
| <i>alfuzosin hcl er 10 mg tab 24h</i>                                                                                                                                                                                                                                    | NIVEL 2 |                                |
| <i>dutasteride 0.5 mg cap</i>                                                                                                                                                                                                                                            | NIVEL 2 | QL (30 PER 30 DAYS)            |
| <i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>                                                                                                                                                                                                                         | NIVEL 4 | QL (30 PER 30 DAYS)            |
| <i>finasteride 5 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                              | NIVEL 1 |                                |
| <i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>                                                                                                                                                                                                                                    | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS)            |
| <i>tadalafil 2.5 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                              | NIVEL 4 | PA, QL (60 PER 30 DAYS)        |
| <i>tadalafil 5 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                | NIVEL 4 | PA, QL (30 PER 30 DAYS)        |
| <i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>                                                                                                                                                                                                                                         | NIVEL 1 |                                |
| <b>GENITOURINARIOS, OTROS</b>                                                                                                                                                                                                                                            |         |                                |
| <i>bethanechol chloride (5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                  | 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)    |
| <i>penicillamine 250 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                          | NIVEL 5 | PA                             |
| <b>HORMONALES, ESTIMULANTES/SUSTITUTOS/MODIFICADORES (SUPRARRENALES)</b>                                                                                                                                                                                                 |         |                                |
| CORTISONE ACETATE 25 MG TAB                                                                                                                                                                                                                                              | NIVEL 4 |                                |
| <i>dexamethasone (dexamethasone 0.5 mg tab, dexamethasone 0.5 mg/5ml elixir, dexamethasone 0.75 mg tab, dexamethasone 1 mg tab, dexamethasone 1.5 mg tab, dexamethasone 2 mg tab, dexamethasone 6 mg tab, dexamethasone 0.5 mg/5ml solution, dexamethasone 4 mg tab)</i> | NIVEL 2 |                                |
| DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR                                                                                                                                                                                                                          | NIVEL 4 |                                |
| <i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i>                                                                                                                                                                                                                  | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR                                                                                                                                                                                                                        | NIVEL 4 |                                |
| <i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                | NIVEL 2 |                                |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| <i>methylprednisolone (4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                      | NIVEL 2      |                                |
| <i>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)</i>                                                                       | NIVEL 4      |                                |
| <i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>                                                                                                                                                                                                                                                  | NIVEL 4      | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>                                                                                                                                                                                                                                                   | NIVEL 4      |                                |
| <i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>                                                                                                                                                                                                                                                                   | NIVEL 2      |                                |
| <i>prednisolone sodium phosphate (prednisolone sodium phosphate 5 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 6.7 (5 base) mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 15 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution)</i> | NIVEL 2      |                                |
| <i>prednisone (1 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                                                                                                    | NIVEL 2      |                                |
| PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                             | NIVEL 3      |                                |
| PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC                                                                                                                                                                                                                                                                         | NIVEL 4      |                                |
| TARPEYO 4 MG CAP DR                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NIVEL 5      | PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)   |

## **HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)**

|                                                      |         |  |
|------------------------------------------------------|---------|--|
| <i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i> | NIVEL 4 |  |
| <i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i> | NIVEL 3 |  |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                              | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>                                                                              | NIVEL 4      |                           |
| <i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>                                                                           | NIVEL 4      |                           |
| <i>desmopressin acetate spray (desmopressin acetate spray 0.01 % solution, desmopressin acetate spray 0.01 % solution)</i> | NIVEL 4      |                           |
| INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION                                                                                                | NIVEL 5      | PA, LA                    |
| OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)                                                                        | NIVEL 5      | PA                        |

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

### **ANDRÓGENOS**

|                                                                                                                                                                                                 |         |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------|
| <i>danazol (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>                                                                                                                                              | NIVEL 4 |                           |
| <i>depo-testosterone (100 mg/ml, 200 mg/ml)</i>                                                                                                                                                 | NIVEL 3 |                           |
| <i>testosterone (1.62 % gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)</i>                                                                                                           | NIVEL 4 | PA, QL (150 PER 30 DAYS)  |
| <i>testosterone (testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 25 mg/2.5gm (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel, testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel)</i> | NIVEL 3 | PA, QL (300 PER 30 DAYS)  |
| <i>testosterone (testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel, testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel)</i>                                                                                        | NIVEL 4 | PA, QL (37.5 PER 30 DAYS) |
| <i>testosterone cypionate (testosterone cypionate 200 mg/ml solution, testosterone cypionate 100 mg/ml solution, testosterone cypionate 200 mg/ml solution)</i>                                 | NIVEL 3 |                           |
| TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION                                                                                                                                                       | NIVEL 4 | QL (5 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 |
|-----------------------------------------------|---------|--------------------|
| <b>ESTRÓGENOS</b>                             |         |                    |
| <i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>            | NIVEL 3 |                    |
| <i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>            | NIVEL 3 |                    |
| <i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>           | NIVEL 3 |                    |
| <i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3 |                    |
| <i>amethia 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>    | NIVEL 4 |                    |
| <i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>                | NIVEL 3 |                    |
| ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB              | NIVEL 3 |                    |
| <i>ashlyna 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>    | NIVEL 4 |                    |
| <i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>                | NIVEL 3 |                    |
| <i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>             | NIVEL 3 |                    |
| <i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>      | NIVEL 3 |                    |
| <i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>          | NIVEL 3 |                    |
| <i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>   | NIVEL 3 |                    |
| <i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>       | NIVEL 3 |                    |
| <i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>               | NIVEL 3 |                    |
| <i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>               | NIVEL 3 |                    |
| <i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>  | NIVEL 3 |                    |
| <i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>              | NIVEL 3 |                    |
| <i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>    | NIVEL 3 |                    |
| <i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>        | NIVEL 3 |                    |
| <i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>             | NIVEL 3 |                    |
| <i>camrese 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>    | NIVEL 4 |                    |
| <i>camrese lo 0.1-0.02 &amp; 0.01 mg tab</i>  | NIVEL 3 |                    |
| <i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i>             | NIVEL 3 |                    |
| <i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>          | NIVEL 3 |                    |
| <i>cryselle 0.3-30 mg-mcg tab</i>             | NIVEL 3 |                    |
| <i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>          | NIVEL 3 |                    |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                  | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                                                | NIVEL 3      |                           |
| <i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                                             | NIVEL 3      |                           |
| <i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>                                                                                                                            | NIVEL 3      |                           |
| <i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>                                                                                                                  | NIVEL 3      |                           |
| <i>daysee 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>                                                                                                                      | NIVEL 4      |                           |
| <i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>                                                                                                                                | NIVEL 3      |                           |
| <i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>                                                                        | NIVEL 3      |                           |
| <i>dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>                            | NIVEL 3      | QL (16 PER 28 DAYS)       |
| <i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>                                                                                           | NIVEL 3      |                           |
| <i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                                               | NIVEL 3      |                           |
| <i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>                                                                                                                         | NIVEL 3      |                           |
| <i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                                            | NIVEL 3      |                           |
| <i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr</i>                                                                                                                           | NIVEL 3      |                           |
| <i>enpresse-28 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>                                                                                                                  | NIVEL 3      |                           |
| <i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                                              | NIVEL 3      |                           |
| <i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>                                                                                                                            | NIVEL 3      |                           |
| <i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>                        | NIVEL 3      | QL (16 PER 28 DAYS)       |
| <i>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i> | NIVEL 3      | QL (8 PER 28 DAYS)        |
| <i>estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>                                                                                                              | NIVEL 1      |                           |
| <i>estradiol 0.01 % cream</i>                                                                                                                                  | NIVEL 2      |                           |
| <i>estradiol 10 mcg tab</i>                                                                                                                                    | NIVEL 3      |                           |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>estradiol valerate (10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml)</i>                                     | NIVEL 4      |                           |
| ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)                                                       | NIVEL 3      | QL (1 PER 84Days)         |
| <i>estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)</i> | NIVEL 4      |                           |
| <i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 tab, 1-50 tab)</i>                                    | NIVEL 3      |                           |
| <i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>                                | NIVEL 3      |                           |
| <i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>                                                             | NIVEL 3      |                           |
| <i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                       | NIVEL 3      |                           |
| <i>feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                           | NIVEL 3      |                           |
| <i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>                                                            | NIVEL 3      |                           |
| <i>fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>                                                        | NIVEL 4      |                           |
| <i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                       | NIVEL 3      |                           |
| <i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                    | NIVEL 3      |                           |
| <i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                        | NIVEL 3      |                           |
| <i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>                                                      | NIVEL 3      |                           |
| <i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>                                                              | NIVEL 3      |                           |
| <i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>                                                            | NIVEL 3      |                           |
| <i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                           | NIVEL 3      |                           |
| <i>jaimiess 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>                                                  | NIVEL 4      |                           |
| <i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>                                                                 | NIVEL 3      |                           |
| <i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>                                                                | NIVEL 4      |                           |
| <i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>                                                              | NIVEL 3      |                           |
| <i>joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>                                                         | NIVEL 3      |                           |
| <i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                            | NIVEL 3      |                           |
| <i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                        | NIVEL 3      |                           |
| <i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                            | NIVEL 3      |                           |
| <i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                     | NIVEL 3      |                           |
| <i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                         | NIVEL 3      |                           |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                       | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                   | NIVEL 3      |                           |
| <i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>                                          | NIVEL 3      |                           |
| <i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>                                                  | NIVEL 3      |                           |
| <i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>                                                  | NIVEL 3      |                           |
| <i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                   | NIVEL 3      |                           |
| <i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                               | NIVEL 3      |                           |
| <i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                   | NIVEL 3      |                           |
| <i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                            | NIVEL 3      |                           |
| <i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                | NIVEL 3      |                           |
| <i>larissia 0.1-20 mg-mcg tab</i>                                                   | NIVEL 3      |                           |
| <i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>                                                | NIVEL 3      |                           |
| <i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>                                                    | NIVEL 3      |                           |
| <i>levonest 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>                                          | NIVEL 3      |                           |
| <i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>                     | NIVEL 3      |                           |
| <i>levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 &amp; 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)</i> | NIVEL 3      |                           |
| <i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>                    | NIVEL 4      |                           |
| <i>levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>                         | NIVEL 3      |                           |
| <i>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 tab, 0.15-30 tab)</i>                      | NIVEL 3      |                           |
| <i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                       | NIVEL 3      |                           |
| <i>lillow 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                    | NIVEL 3      |                           |
| <i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>                                                 | NIVEL 3      |                           |
| <i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                       | NIVEL 3      |                           |
| <i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>                                           | NIVEL 3      |                           |
| <i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                         | NIVEL 3      |                           |
| <i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                             | NIVEL 3      |                           |
| <i>lojaimiess 0.1-0.02 &amp; 0.01 mg tab</i>                                        | NIVEL 3      |                           |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                         | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>loryna 3-0.02 mg tab</i>                                                                                                           | NIVEL 3      |                           |
| <i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                 | NIVEL 3      |                           |
| <i>luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                | NIVEL 3      |                           |
| <i>luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                                                                    | NIVEL 3      |                           |
| <i>luteria 0.1-20 mg-mcg tab</i>                                                                                                      | NIVEL 3      |                           |
| <i>lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i> | NIVEL 3      | QL (16 PER 28 DAYS)       |
| <i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>                                                                                                    | NIVEL 3      |                           |
| MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)                                                                            | NIVEL 4      |                           |
| <i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                                                           | NIVEL 3      |                           |
| <i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                                                               | NIVEL 3      |                           |
| <i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>                                                                                        | NIVEL 3      |                           |
| <i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                                                                                            | NIVEL 3      |                           |
| <i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>                                                                                                        | NIVEL 3      |                           |
| <i>minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>                                                                                                  | NIVEL 3      |                           |
| <i>mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>                                                                                                 | NIVEL 3      |                           |
| <i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>                                                                                            | NIVEL 3      |                           |
| <i>nikki 3-0.02 mg tab</i>                                                                                                            | NIVEL 3      |                           |
| <i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>                                                                          | NIVEL 3      |                           |
| <i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 tab, 1.5-30 tab)</i>                                                                              | NIVEL 3      |                           |
| <i>norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>                                                                               | NIVEL 3      |                           |
| <i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 tab, 1.5-30 tab)</i>                                                                          | NIVEL 3      |                           |
| <i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>                                                                             | NIVEL 4      |                           |
| <i>norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>                                                                   | NIVEL 3      |                           |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                        | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i> | NIVEL 3      |                           |
| <i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>         | NIVEL 3      |                           |
| <i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>             | NIVEL 3      |                           |
| <i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>             | NIVEL 3      |                           |
| <i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>        | NIVEL 3      |                           |
| <i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>                    | NIVEL 3      |                           |
| <i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>          | NIVEL 3      |                           |
| <i>nymyo 0.25-35 mg-mcg tab</i>                      | NIVEL 3      |                           |
| <i>ocella 3-0.03 mg tab</i>                          | NIVEL 3      |                           |
| <i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>                     | NIVEL 3      |                           |
| <i>pimtreea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>         | NIVEL 3      |                           |
| <i>pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>                 | NIVEL 3      |                           |
| <i>pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>       | NIVEL 3      |                           |
| <i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>                  | NIVEL 3      |                           |
| PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM                           | NIVEL 3      |                           |
| <i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>                  | NIVEL 3      |                           |
| <i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>                     | NIVEL 3      |                           |
| <i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>          | NIVEL 3      |                           |
| <i>simpesse 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>          | NIVEL 4      |                           |
| <i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>                | NIVEL 3      |                           |
| <i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>                      | NIVEL 3      |                           |
| <i>syeda 3-0.03 mg tab</i>                           | NIVEL 3      |                           |
| <i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>                | NIVEL 3      |                           |
| <i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>             | NIVEL 3      |                           |
| <i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>     | NIVEL 3      |                           |
| <i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>   | NIVEL 3      |                           |

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 |
|---------------------------------------------------|---------|--------------------|
| <i>tri-lynh 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>     | NIVEL 3 |                    |
| <i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>     | NIVEL 3 |                    |
| <i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>    | NIVEL 3 |                    |
| <i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | NIVEL 3 |                    |
| <i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>  | NIVEL 3 |                    |
| <i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>   | NIVEL 3 |                    |
| <i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>                   | NIVEL 3 |                    |
| <i>valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>                | 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 |                    |
| <i>vestura 3-0.02 mg tab</i>                      | NIVEL 3 |                    |
| <i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>                   | NIVEL 3 |                    |
| <i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>       | NIVEL 3 |                    |
| <i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>        | NIVEL 3 |                    |
| <i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i>                  | NIVEL 3 |                    |
| <i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>                 | NIVEL 3 |                    |
| <i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>                     | NIVEL 3 |                    |
| <i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>           | NIVEL 3 |                    |
| <i>xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>           | NIVEL 3 |                    |
| <i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>            | NIVEL 3 |                    |
| <i>yuvaferm 10 mcg tab</i>                        | NIVEL 3 |                    |
| <i>zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk</i>            | NIVEL 3 |                    |
| <i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>            | NIVEL 3 |                    |
| <i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>                  | NIVEL 3 |                    |
| <b>PROGESTINAS</b>                                |         |                    |
| <i>camila 0.35 mg tab</i>                         | NIVEL 3 |                    |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                        | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>deblitane 0.35 mg tab</i>                                                                                         | NIVEL 3      |                           |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR                                                                           | NIVEL 3      |                           |
| <i>emzahh 0.35 mg tab</i>                                                                                            | NIVEL 3      |                           |
| <i>errin 0.35 mg tab</i>                                                                                             | NIVEL 3      |                           |
| <i>gallifrey 5 mg tab</i>                                                                                            | NIVEL 2      |                           |
| <i>heather 0.35 mg tab</i>                                                                                           | NIVEL 3      |                           |
| <i>incassia 0.35 mg tab</i>                                                                                          | NIVEL 3      |                           |
| <i>jencycla 0.35 mg tab</i>                                                                                          | NIVEL 3      |                           |
| LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD                                                                                     | NIVEL 3      |                           |
| <i>lyleq 0.35 mg tab</i>                                                                                             | NIVEL 3      |                           |
| <i>lyza 0.35 mg tab</i>                                                                                              | NIVEL 3      |                           |
| <i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsy, 150 mg/ml suspension)</i>                                       | NIVEL 3      |                           |
| <i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                 | NIVEL 2      |                           |
| <i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i> | NIVEL 2      | PA - FOR NEW STARTS ONLY  |
| <i>meleya 0.35 mg tab</i>                                                                                            | NIVEL 3      |                           |
| NEXPLANON 68 MG IMPLANT                                                                                              | NIVEL 3      |                           |
| <i>nora-be 0.35 mg tab</i>                                                                                           | NIVEL 3      |                           |
| <i>norethindrone 0.35 mg tab</i>                                                                                     | NIVEL 3      |                           |
| <i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>                                                                                | NIVEL 2      |                           |
| <i>norlyda 0.35 mg tab</i>                                                                                           | NIVEL 3      |                           |
| <i>norlyroc 0.35 mg tab</i>                                                                                          | NIVEL 3      |                           |
| <i>orquidea 0.35 mg tab</i>                                                                                          | NIVEL 3      |                           |
| <i>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i>                                                                         | NIVEL 2      |                           |
| <i>sharobel 0.35 mg tab</i>                                                                                          | NIVEL 3      |                           |
| <i>tulana 0.35 mg tab</i>                                                                                            | NIVEL 3      |                           |

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      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------|
| <b>MODIFICADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ESTROGÉNICOS</b>                                                                                                                       |         |                         |
| OSPHENA 60 MG TAB                                                                                                                                                                    | NIVEL 4 | PA, QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>                                                                                                                                                      | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS)     |
| <b>HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)</b>                                                                                                                    |         |                         |
| <i>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)</i>                          | NIVEL 1 |                         |
| <i>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)</i>               | NIVEL 3 |                         |
| <i>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)</i> | NIVEL 1 |                         |
| <i>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)</i>                           | NIVEL 3 |                         |
| <i>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i>                                                                                                                       | 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 |                         |
| <i>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)</i>            | 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                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------|
| <b>HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)</b>                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                                                   |
| <i>cabergoline 0.5 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NIVEL 3 |                                                   |
| <i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>                                                                                                                                                                                                                                                                              | NIVEL 4 |                                                   |
| LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)                                                                                                                                                                                                                                                                      | NIVEL 5 |                                                   |
| LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)                                                                                                                                                                                                                                                                    | NIVEL 5 |                                                   |
| LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NIVEL 5 |                                                   |
| LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NIVEL 5 |                                                   |
| <i>mifepristone 300 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NIVEL 5 | PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)                      |
| <i>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)</i> | 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)

### ANTI TIROIDEOS

|                                          |         |
|------------------------------------------|---------|
| <i>methimazole (5 mg tab, 10 mg tab)</i> | 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         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------|
| <i>propylthiouracil 50 mg tab</i>                                                                                                                                                 | NIVEL 2 |                            |
| <b>INMUNOLÓGICOS</b>                                                                                                                                                              |         |                            |
| <b>ANGIOEDEMA, MEDICAMENTOS CONTRA EL</b>                                                                                                                                         |         |                            |
| HAEGARDA (2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN)                                                                                                                                       | NIVEL 5 | PA, LA                     |
| <i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsy</i>                                                                                                                                      | NIVEL 5 | PA, QL (36 PER 60Days)     |
| <i>sajazir 30 mg/3ml soln prsy</i>                                                                                                                                                | NIVEL 5 | PA, QL (36 PER 60Days)     |
| <b>INMUNOGLOBULINAS</b>                                                                                                                                                           |         |                            |
| 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                     |
| <b>INMUNOLÓGICOS, OTHER</b>                                                                                                                                                       |         |                            |
| 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                     |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                         | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| DUPIXENT (100 MG/0.67ML SOLN PRSYR, 200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR) | NIVEL 5      | PA                             |
| 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 DOSE) 75 /0.83ML PREF SY KT                                                                                           | NIVEL 5      | PA, QL (6 PER 365Days)         |
| 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)      |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                       | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------|
| TREMFYA-CD/UC INDUCTION 200 MG/2ML SOLN A-INJ                                       | NIVEL 5      | PA, QL (24 ML PER 365Days)                          |
| TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)                           | NIVEL 5      | PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)                            |
| VELSIPITY 2 MG TAB                                                                  | NIVEL 5      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)                             |
| XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)         | NIVEL 5      | PA, QL (8 PER 28 DAYS)                              |
| XOLAIR (75 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MG/ML SOLN PRSYR)                               | NIVEL 5      | PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)                          |
| XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ                                                       | NIVEL 4      | PA, QL (8 PER 28 DAYS)                              |
| YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION                                                       | NIVEL 5      | PA, QL (104 ML PER 365Days)                         |
| YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR                                                     | NIVEL 3      | PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)                         |
| YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLUTION                                                       | NIVEL 4      | PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)                         |
| YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR                                                        | NIVEL 5      | PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)                           |
| <b>INMUNOESTIMULANTES</b>                                                           |              |                                                     |
| 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    |
| BESREMI PEN 500 MCG/0.5ML SOLN                                                      | NIVEL 5      | LA, QL (1 ML 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)                              |
| <b>INMUNOSUPRESORES</b>                                                             |              |                                                     |
| <i>azathioprine 50 mg tab</i>                                                       | NIVEL 2      | PA - PART B VS D DETERMINATION                      |
| AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN                                               | NIVEL 4      | PA - PART B VS D DETERMINATION                      |
| <i>cyclosporine (25 mg cap, 50 mg/ml solution, 100 mg cap)</i>                      | NIVEL 4      | PA - PART B VS D DETERMINATION                      |
| <i>cyclosporine modified (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i> | NIVEL 3      | PA - PART B VS D DETERMINATION                      |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                             | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| ENBREL (25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR)                                                                                                                                                                            | NIVEL 5      | PA, QL (8 PER 28 DAYS)         |
| ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR                                                                                                                                                                                             | NIVEL 5      | PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)      |
| ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION                                                                                                                                                                                               | NIVEL 5      | PA, QL (4 PER 28 DAYS)         |
| ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART                                                                                                                                                                                            | NIVEL 5      | PA, QL (8 PER 28 DAYS)         |
| ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ                                                                                                                                                                                      | NIVEL 5      | PA, QL (8 PER 28 DAYS)         |
| ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H)                                                                                                                                                                        | NIVEL 4      | PA - FOR NEW STARTS ONLY       |
| ENVARUSUS XR 4 MG TAB ER 24H                                                                                                                                                                                              | NIVEL 5      | PA - FOR NEW STARTS ONLY       |
| <i>everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab)</i>                                                                                                                                                                  | NIVEL 4      | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>everolimus 1 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                | NIVEL 5      | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>gengraf (25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i>                                                                                                                                                                | 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)    |
| <i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                 | NIVEL 2      |                                |
| METHOTREXATE SODIUM (50 MG/2ML SOLUTION, 250 MG/10ML SOLUTION)                                                                                                                                                            | NIVEL 2      | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>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)</i> | NIVEL 3      | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution</i>                                                                                                                                                                        | NIVEL 2      | 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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                       | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>      |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| <i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>                               | NIVEL 2      |                                |
| <i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 500 mg soln)</i>          | NIVEL 4      | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)</i>               | NIVEL 2      | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln</i>                  | NIVEL 4      | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>          | NIVEL 4      | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>             | NIVEL 4      | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)                                | NIVEL 4      | PA - FOR NEW STARTS ONLY       |
| SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION                                       | NIVEL 4      | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT                             | NIVEL 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)         |
| <i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i> | NIVEL 4      | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>                  | NIVEL 3      | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION                                           | NIVEL 4      | PA - FOR NEW STARTS ONLY       |
| 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)         |

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                  |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------|
| <b>VACUNAS</b>                                                                 |         |                                     |
| ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN                                               | NIVEL 3 | VAC                                 |
| ACTHIB RECONSOLN                                                               | NIVEL 3 |                                     |
| ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)        | NIVEL 3 | VAC                                 |
| AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP                                                | NIVEL 3 | VAC                                 |
| BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN                                                   | NIVEL 3 | VAC                                 |
| BEXSERO SUSPPRSYR                                                              | NIVEL 3 | VAC                                 |
| BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)  | NIVEL 3 | VAC                                 |
| DAPTACEL 23-15-5SUSPENSION                                                     | NIVEL 3 |                                     |
| DENGVAXIA RECONSUSP                                                            | NIVEL 4 |                                     |
| DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION                        | NIVEL 3 |                                     |
| ENGRIX-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 3 | 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                                 |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                    | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------|
| KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR                                                                                                         | NIVEL 3      |                                     |
| M-M-R II RECONSOLN                                                                                                               | NIVEL 3      | VAC                                 |
| MENACTRA SOLUTION                                                                                                                | NIVEL 3      | VAC                                 |
| MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)                                                                                            | NIVEL 3      | VAC                                 |
| MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)                                                                                                    | NIVEL 3      | VAC                                 |
| MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR                                                                                                  | NIVEL 3      | VAC                                 |
| PEDIARIX SUSPPRSYR                                                                                                               | NIVEL 3      |                                     |
| PEDVAXHIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION                                                                                               | NIVEL 3      |                                     |
| PENMENVY RECONSUSP                                                                                                               | NIVEL 3      |                                     |
| PENTACEL RECONSUSP                                                                                                               | NIVEL 3      |                                     |
| PRIORIX RECONSUSP                                                                                                                | NIVEL 3      | VAC                                 |
| PROQUAD RECONSUSP                                                                                                                | NIVEL 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 (RECON SUSP, 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      |                                     |

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 |
|------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| 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                |
| 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

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

### GLUCOCORTICOIDES

|                                                        |         |                         |
|--------------------------------------------------------|---------|-------------------------|
| <i>budesonide 3 mg cp dr part</i>                      | NIVEL 4 | QL (90 PER 30 DAYS)     |
| <i>budesonide er 9 mg tab 24h</i>                      | NIVEL 4 | PA, QL (30 PER 30 DAYS) |
| CORTIFOAM 10 %                                         | NIVEL 4 |                         |
| <i>hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i> | 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             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------|
| <i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>                                                          | NIVEL 3 |                                |
| <b>ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA</b>                                        |         |                                |
| <i>alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)</i>                                      | NIVEL 1 |                                |
| ALENDRONATE SODIUM 5 MG TAB                                                                      | NIVEL 2 |                                |
| <i>alendronate sodium 70 mg/75ml solution</i>                                                    | NIVEL 4 |                                |
| 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)    |
| <i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>                                                 | NIVEL 2 | QL (3.7 PER 30 DAYS)           |
| <i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i>                                                    | NIVEL 2 |                                |
| CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION                                                                     | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>                                          | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>doxercalciferol 4 mcg/2ml solution</i>                                                        | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| ENOBY 60 MG/ML SOLN PRSYR                                                                        | NIVEL 4 | PA                             |
| <i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>                                                             | NIVEL 1 |                                |
| <i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>                                                      | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR                                                                     | NIVEL 4 | PA                             |
| <i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)</i>      | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>risedronate sodium (5 mg tab, 35 mg tab, 150 mg tab)</i>                                      | NIVEL 4 |                                |
| <i>teriparatide (teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen, teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen)</i> | NIVEL 5 | PA                             |
| TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN                                                                  | NIVEL 5 | PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)      |
| WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION                                                                      | NIVEL 5 | PA, QL (1.7 PER 28 DAYS)       |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                    | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| XTRENBO 120 MG/1.7ML SOLUTION                                                                                                    | NIVEL 4      | PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)    |
| <i>zoledronic acid (zoledronic acid 4 mg/100ml solution, zoledronic acid 4 mg/5ml conc, zoledronic acid 5 mg/100ml solution)</i> | NIVEL 4      | PA - PART B VS D DETERMINATION |

## **TERAPÉUTICOS, MEDICAMENTOS VARIOS**

|                                                                                                                 |         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32GX4MMMISC                                                                         | NIVEL 3 |  |
| ALCOHOL 70% PADS                                                                                                | 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 |  |
| 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 |  |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| 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      |                           |
| COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (27G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC)                                                                                                                                                                                                                                                | NIVEL 3      |                           |
| COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (PEN 30G 8 MISC, PEN 31G 4 MISC, PEN 31G 5 MISC)                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NIVEL 3      |                           |
| CVS ALCOHOL PREP PADS S 70 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NIVEL 2      |                           |
| CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2"PAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NIVEL 2      |                           |
| DROPLET INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 0.3 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 0.3 ML MISC, 30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC) | NIVEL 3      |                           |
| DROPLET MICRON 34GX3.5MMMISC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NIVEL 3      |                           |
| DROPLET PEN NEEDLES (PEN 29G 10MM MISC, PEN 29G 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      |                           |

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

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

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                           | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------|
| EMBECTA PEN NEEDLE U/F<br>29GX12.7MMMISC                                                                                                                                                                                                                                | NIVEL 3      |                                   |
| EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE<br>(PEN 29G 12.7MM MISC, PEN 31G 5<br>MM MISC, PEN 31G 8 MM MISC,<br>PEN 32G 6 MM MISC)                                                                                                                                                    | NIVEL 3      |                                   |
| EMBRACE PEN NEEDLES (PEN 29G<br>12MM MISC, PEN 30G 5 MM MISC,<br>PEN 30G 8 MM MISC, PEN 31G 5 MM<br>MISC, PEN 31G 6 MM MISC, PEN 31G<br>8 MM MISC, PEN 32G 4 MM MISC)                                                                                                   | NIVEL 3      |                                   |
| <i>gauze pads 2</i>                                                                                                                                                                                                                                                     | NIVEL 2      |                                   |
| GNP PEN NEEDLES (PEN 31G 5<br>MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4<br>MISC, PEN 32G 6 MISC)                                                                                                                                                                                  | NIVEL 3      |                                   |
| GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70<br>% PAD                                                                                                                                                                                                                                     | NIVEL 2      |                                   |
| INSULIN PEN NEEDLES                                                                                                                                                                                                                                                     | NIVEL 3      |                                   |
| INSULIN PEN NEEDLES                                                                                                                                                                                                                                                     | NIVEL 3      |                                   |
| INSULIN PEN NEEDLES                                                                                                                                                                                                                                                     | NIVEL 3      |                                   |
| INSULIN SYRINGE 0.3 ML                                                                                                                                                                                                                                                  | NIVEL 3      |                                   |
| INSULIN SYRINGE 0.5 ML                                                                                                                                                                                                                                                  | NIVEL 3      |                                   |
| INSULIN SYRINGE 1 ML                                                                                                                                                                                                                                                    | NIVEL 3      |                                   |
| INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100<br>(27G 1/2" 0.5 ML MISC, 27G 1/2" 1 ML<br>MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC, 28G 1/2"<br>1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC,<br>29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML<br>MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G<br>5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML<br>MISC) | NIVEL 3      |                                   |
| INSUPEN PEN NEEDLES (PEN 31G 5<br>MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4<br>MISC)                                                                                                                                                                                              | NIVEL 3      |                                   |
| INSUPEN32G EXTR3ME 6MMMISC                                                                                                                                                                                                                                              | NIVEL 3      |                                   |
| INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 %<br>EMULSION)                                                                                                                                                                                                                            | NIVEL 4      | PA - PART B VS D<br>DETERMINATION |
| <i>lactated ringers solution</i>                                                                                                                                                                                                                                        | NIVEL 2      |                                   |
| <i>methergine 0.2 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                            | 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             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------|
| <i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>                                                                                                                                                                                                                                               | 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 |                                |
| 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 |                                |
| <i>ringers irrigation (ringers irrigation solution, ringers irrigation solution)</i>                                                                                                                                                                                                     | 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 |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                        | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
| <i>sterile water for irrigation (sterile water for irrigation solution, sterile water for irrigation solution)</i>                                                                   | NIVEL 2      |                           |
| 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      |                           |
| <i>tis-u-sol solution</i>                                                                                                                                                            | NIVEL 2      |                           |
| TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 32GX4MMMISC                                                                                                                                               | NIVEL 3      |                           |
| TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G 1/2" 0.5 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC, 32G 5/16" 1 ML MISC) | NIVEL 3      |                           |
| TRUE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)                                                                                                            | NIVEL 3      |                           |
| TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)                                                                                        | NIVEL 3      |                           |
| TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)                                                                                                      | NIVEL 3      |                           |
| ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (PEN 4 MISC, PEN 6 MISC)                                                                                                                               | NIVEL 3      |                           |
| UNIFINE OTC PEN NEEDLES (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)                                                                                                                             | NIVEL 3      |                           |
| UNIFINE PENTIPS 32GX4MMMISC                                                                                                                                                          | NIVEL 3      |                           |
| UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (PEN 30G 5 MISC, PEN 30G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)                                                                                                          | NIVEL 3      |                           |
| UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (PEN 5 MISC, PEN 6 MISC, PEN 8 MISC)                                                                                                                  | NIVEL 3      |                           |

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

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

## OFTÁLMICOS

### OFTÁLMICOS, OTROS

|                                                                                                                               |         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| <i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>                                                                                 | NIVEL 2 |  |
| <i>atropine sulfate (atropine sulfate 1 % solution, atropine sulfate 1 % solution)</i>                                        | NIVEL 3 |  |
| <i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc (bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment, bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment)</i> | NIVEL 2 |  |
| BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT                                                                             | NIVEL 2 |  |
| <i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>                                                                        | 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      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------|
| <i>dorzolamide hcl-timolol mal</i><br>( <i>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</i> )             | NIVEL 2 |                         |
| <i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>                                                                                                                                                              | NIVEL 3 |                         |
| <i>loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension</i>                                                                                                                                                                  | NIVEL 3 |                         |
| <i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>                                                                                                                                                                           | NIVEL 2 |                         |
| <i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>                                                                                                                                                                                  | NIVEL 2 |                         |
| <i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i><br>( <i>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</i> ) | NIVEL 2 |                         |
| <i>neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>                                                                                                             | NIVEL 2 |                         |
| NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION                                                                                                                                                              | NIVEL 2 |                         |
| NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION                                                                                                                                                                        | NIVEL 4 |                         |
| <i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>                                                                                                                                                                           | NIVEL 2 |                         |
| RESTASIS 0.05 % EMULSION                                                                                                                                                                                            | NIVEL 3 | QL (60 PER 30 DAYS)     |
| ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION                                                                                                                                                                                     | NIVEL 3 | QL (2.5 PER 25 DAYS)    |
| SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION                                                                                                                                                                       | NIVEL 2 |                         |
| <i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>                                                                                                                                                                | NIVEL 2 |                         |
| XDEMVY 0.25 % SOLUTION                                                                                                                                                                                              | NIVEL 5 | PA, QL (10 PER 30 DAYS) |
| XIIDRA 5 % SOLUTION                                                                                                                                                                                                 | NIVEL 3 |                         |

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 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| <b>OFTÁLMICOS ANTIALÉRGICOS</b>                                                                      |         |                    |
| <i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>                                                                | NIVEL 2 |                    |
| <i>cromolyn sodium (cromolyn sodium 4 % solution, cromolyn sodium 4 % solution)</i>                  | NIVEL 2 |                    |
| <b>OFTÁLMICOS ANTIINFECCIOSOS</b>                                                                    |         |                    |
| BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT                                                                      | NIVEL 4 |                    |
| <i>erythromycin (erythromycin 5 mg/gm ointment, erythromycin 5 mg/gm ointment)</i>                   | NIVEL 2 |                    |
| GENTAK 0.3 % OINTMENT                                                                                | NIVEL 2 |                    |
| <i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>                                                             | NIVEL 2 |                    |
| LEVOFLOXACIN (LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION, LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION, LEVOFLOXACIN 1.5 % SOLUTION) | NIVEL 3 |                    |
| MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION                                                             | NIVEL 2 |                    |
| <i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>                                                               | NIVEL 3 |                    |
| NATACYN 5 % SUSPENSION                                                                               | NIVEL 3 |                    |
| <i>ofloxacin 0.3 % solution</i>                                                                      | NIVEL 2 |                    |
| <i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>                                         | NIVEL 2 |                    |
| <i>sulfacetamide sodium (sulfacetamide sodium 10 % solution, sulfacetamide sodium 10 % solution)</i> | NIVEL 2 |                    |
| SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT                                                                   | NIVEL 3 |                    |
| <i>tobramycin 0.3 % solution</i>                                                                     | NIVEL 2 |                    |
| TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION                                                                            | NIVEL 3 |                    |
| ZIRGAN 0.15 % GEL                                                                                    | NIVEL 4 | QL (5 PER 30 DAYS) |
| <b>OFTÁLMICOS ANTIINFLAMATORIOS</b>                                                                  |         |                    |
| DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % 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 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| <i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>                                                                      | NIVEL 2 |                    |
| <i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>                                                                         | NIVEL 4 |                    |
| <i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>                                                                      | NIVEL 2 |                    |
| FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION                                                                          | NIVEL 2 |                    |
| FML 0.1 % OINTMENT                                                                                           | NIVEL 4 |                    |
| FML FORTE 0.25 % SUSPENSION                                                                                  | NIVEL 4 |                    |
| ILEVRO 0.3 % SUSPENSION                                                                                      | NIVEL 3 | QL (3 PER 30 DAYS) |
| <i>ketorolac tromethamine (ketorolac tromethamine 0.4 % solution, ketorolac tromethamine 0.5 % solution)</i> | NIVEL 2 |                    |
| <i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>                                                                   | NIVEL 2 |                    |
| PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION                                                                   | NIVEL 3 |                    |

## OPHTHALMIC BLOQUEANTES ADRENÉRGICOS BETA

|                                                                                   |         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| <i>betaxolol hcl (betaxolol hcl 0.5 % solution, betaxolol hcl 0.5 % solution)</i> | NIVEL 2 |  |
| CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION                                                        | NIVEL 2 |  |
| LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION                                                    | NIVEL 2 |  |
| <i>timolol maleate (0.25 % gel soln, 0.5 % gel soln)</i>                          | NIVEL 3 |  |
| <i>timolol maleate (0.25 %, 0.5 %)</i>                                            | NIVEL 1 |  |

## OFTÁLMICOS PARA REDUCIR LA PRESIÓN INTRAOCULAR, OTROS

|                                                                                               |         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| <i>acetazolamide er 500 mg cap 12h</i>                                                        | NIVEL 2 |  |
| <i>apraclonidine hcl (apraclonidine hcl 0.5 % solution, apraclonidine hcl 0.5 % solution)</i> | NIVEL 3 |  |
| <i>brimonidine tartrate 0.1 % solution</i>                                                    | NIVEL 3 |  |
| <i>brimonidine tartrate 0.15 % solution</i>                                                   | NIVEL 4 |  |
| <i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>                                                    | NIVEL 2 |  |
| <i>brinzolamide 1 % suspension</i>                                                            | NIVEL 3 |  |
| <i>dorzolamide hcl (dorzolamide hcl 2 % solution, dorzolamide hcl 2 % solution)</i>           | 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   |
|---------------------------------------------|---------|----------------------|
| <i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i> | NIVEL 4 |                      |
| <i>pilocarpine hcl (1 %, 2 %, 4 %)</i>      | 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

|                                                                                 |         |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| <i>bimatoprost 0.03 % solution</i>                                              | NIVEL 3 | QL (5 PER 30 DAYS) |
| <i>latanoprost (latanoprost 0.005 % solution, latanoprost 0.005 % solution)</i> | NIVEL 1 |                    |
| <i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>                                   | NIVEL 2 | QL (5 PER 30 DAYS) |
| VYZULTA 0.024 % SOLUTION                                                        | NIVEL 4 |                    |

## ÓTICOS

|                                                                                           |         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| <i>acetic acid 2 % solution</i>                                                           | NIVEL 2 |  |
| <i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>                                   | NIVEL 4 |  |
| CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION                                              | NIVEL 3 |  |
| DERMOTIC 0.01 % OIL                                                                       | NIVEL 3 |  |
| <i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>                                          | NIVEL 3 |  |
| <i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i> | NIVEL 2 |  |
| <i>ofloxacin 0.3 % solution</i>                                                           | NIVEL 2 |  |

## 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)  |

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             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------|
| 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)            |
| <i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>                                    | NIVEL 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| QVAR REDHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)                                                                    | NIVEL 3 | QL (21.2 PER 30 DAYS)          |
| <b>ANTIHIISTAMÍNICOS</b>                                                                                                  |         |                                |
| <i>azelastine hcl (0.1 %, 137 mcg/spray)</i>                                                                              | NIVEL 2 | QL (30 PER 25 DAYS)            |
| <i>cetirizine hcl (1 mg/ml, 5 mg/5ml)</i>                                                                                 | NIVEL 2 |                                |
| <i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>                                                                                        | NIVEL 3 | PA                             |
| <i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>                                                                  | NIVEL 2 | PA                             |
| <i>hydroxyzine pamoate (hydroxyzine pamoate 50 mg cap, hydroxyzine pamoate 100 mg cap, hydroxyzine pamoate 25 mg cap)</i> | NIVEL 4 | PA                             |
| <i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>                                                                            | NIVEL 1 |                                |
| <i>promethazine hcl (6.25 mg/5ml, 12.5 mg/10ml)</i>                                                                       | NIVEL 2 | PA                             |
| <b>ANTILEUCOTRIENOS</b>                                                                                                   |         |                                |
| <i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)</i>                                                     | NIVEL 2 | QL (30 PER 30 DAYS)            |
| <i>montelukast sodium 10 mg tab</i>                                                                                       | NIVEL 1 | QL (30 PER 30 DAYS)            |
| <i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>                                                                                 | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 DAYS)            |
| <b>BRONCODILATADORES, ANTICHOLINERGIC</b>                                                                                 |         |                                |
| INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA                                                                                   | 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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| <i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>                                                                                                                                                                                                                                                     | NIVEL 2      | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>                                                                                                                                                                                                                                                     | NIVEL 2      | QL (30 PER 30 DAYS)            |
| <i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>                                                                                                                                                                                                                                                     | NIVEL 2      | QL (45 PER 30 DAYS)            |
| <i>ipratropium bromide hfa 17 mcg/act aero soln</i>                                                                                                                                                                                                                                            | 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)             |
| <i>tiotropium bromide 18 mcg cap</i>                                                                                                                                                                                                                                                           | NIVEL 3      | QL (30 PER 30 DAYS)            |
| <b>BRONCODILATADORES, SYMPATHOMIMETIC</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |              |                                |
| <i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i>                                                                                                                                                                                                                                            | NIVEL 2      | QL (17 PER 30 DAYS)            |
| <i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>                                                                                                                                                                                                                                             | NIVEL 2      | QL (17 PER 30 DAYS)            |
| <i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>                                                                                                                                                                                                                                          | NIVEL 2      | QL (13.4 PER 30 DAYS)          |
| <i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)</i>                                                                                                                                                                                                                                           | NIVEL 2      | QL (36 PER 30 DAYS)            |
| <i>albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)</i>                                                                                                                                                                                                                                                  | NIVEL 4      |                                |
| <i>albuterol sulfate (2 mg/5ml, 8 mg/20ml)</i>                                                                                                                                                                                                                                                 | NIVEL 2      |                                |
| <i>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)</i> | NIVEL 2      | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>                                                                                                                                                                                                                                   | NIVEL 2      | QL (36 PER 30 DAYS)            |
| <i>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)</i>                                                                                                                     | NIVEL 3      | QL (24 PER 365Days)            |
| EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENAClick)                                                                                                                                                                                                                                                 | NIVEL 3      | QL (24 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  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------|
| <i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml soln, 0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/0.5ml soln, 1.25 mg/3ml soln)</i> | NIVEL 4 | PA                  |
| LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL                                                           | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA                                                              | NIVEL 3 | QL (60 PER 30 DAYS) |

## FIBROSIS QUÍSTICA, MEDICAMENTOS CONTRA LA

|                                                                                                |         |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------|
| KALYDECO (5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB) | NIVEL 5 | PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)                          |
| PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION                                                                | NIVEL 5 | QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| TOBI PODHALER 28 MG CAP                                                                        | NIVEL 5 | PA, LA, QL (224 PER 56Days)                          |
| <i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>                                                         | NIVEL 4 | PA, QL (224 PER 28 DAYS)                             |
| <i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>                                                         | 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

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

## INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA, ENFERMEDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

|                                                                                                                                                                                                                                           |         |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------|
| <i>roflumilast 250 mcg tab</i>                                                                                                                                                                                                            | NIVEL 4 | QL (28 PER 180Days) |
| <i>roflumilast 500 mcg tab</i>                                                                                                                                                                                                            | NIVEL 4 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>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)</i> | 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) |
| <i>alyq 20 mg tab</i>                                            | NIVEL 4 | PA, QL (60 PER 30 DAYS)     |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                                        | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------|
| <i>ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                                                             | NIVEL 4      | PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)  |
| <i>bosentan (62.5 mg tab, 125 mg tab)</i>                                                                            | NIVEL 5      | PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)  |
| <i>bosentan 32 mg tab sol</i>                                                                                        | NIVEL 5      | PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS) |
| <i>macitentan 10 mg tab</i>                                                                                          | NIVEL 5      | PA, QL (30 PER 30 DAYS)      |
| <i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>                                                                                  | NIVEL 3      | PA, QL (360 PER 30 DAYS)     |
| <i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>                                                                                     | 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) |
| 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**

|                                                    |         |                             |
|----------------------------------------------------|---------|-----------------------------|
| <i>nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)</i> | NIVEL 5 | PA, QL (60 PER 30 DAYS)     |
| OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)                      | NIVEL 5 | PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)</i>        | NIVEL 3 | PA, QL (270 PER 30 DAYS)    |
| PIRFENIDONE 534 MG TAB                             | NIVEL 5 | PA, QL (150 PER 30 DAYS)    |
| <i>pirfenidone 801 mg tab</i>                      | NIVEL 3 | PA, QL (90 PER 30 DAYS)     |

## **TRACTO RESPIRATORIO, OTROS MEDICAMENTOS DEL**

|                                                                                               |         |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------|
| <i>acetylcysteine (10 %, 20 %)</i>                                                            | NIVEL 2 | 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)            |

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

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>                                                                           | <b>NIVEL</b> | <b>REQUISITOS/LÍMITES</b>      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| <i>breyna (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)</i>                                                         | 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)          |
| <i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)</i>                                 | NIVEL 3      | QL (10.2 PER 30 DAYS)          |
| COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN                                                             | NIVEL 4      | QL (4 PER 30 DAYS)             |
| <i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>                                                         | NIVEL 2      | QL (50 PER 30 DAYS)            |
| FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)                   | NIVEL 3      | QL (60 PER 30 DAYS)            |
| <i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>                                                     | NIVEL 2      | QL (16 PER 30 DAYS)            |
| <i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)</i>                          | 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)             |
| <i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>                                                | 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)            |
| <i>wixela inhub (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)</i>                                    | NIVEL 2      | 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           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------|
| <b>MIORRELAJANTES</b>                                                                        |         |                              |
| <i>carisoprodol 350 mg tab</i>                                                               | NIVEL 2 | PA, QL (120 PER 30 DAYS)     |
| <i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>                                             | NIVEL 2 | PA                           |
| <i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>                                                | NIVEL 3 | PA                           |
| <i>vanadom 350 mg tab</i>                                                                    | NIVEL 2 | PA, QL (120 PER 30 DAYS)     |
| <b>TRASTORNOS DEL SUEÑO, MEDICAMENTOS CONTRA LOS</b>                                         |         |                              |
| <b>DORMIR, MEDICAMENTOS PARA</b>                                                             |         |                              |
| <i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>                                            | NIVEL 3 | QL (30 PER 30 DAYS)          |
| <i>ramelteon 8 mg tab</i>                                                                    | NIVEL 2 | QL (30 PER 30 DAYS)          |
| <i>tasimelteon 20 mg cap</i>                                                                 | NIVEL 5 | PA, QL (30 PER 30 DAYS)      |
| <i>temazepam 15 mg cap</i>                                                                   | NIVEL 2 | QL (60 PER 30 DAYS)          |
| <i>temazepam 30 mg cap</i>                                                                   | NIVEL 2 | QL (30 PER 30 DAYS)          |
| <i>triazolam 0.125 mg tab</i>                                                                | NIVEL 4 | QL (120 PER 30 DAYS)         |
| <i>triazolam 0.25 mg tab</i>                                                                 | NIVEL 4 | QL (60 PER 30 DAYS)          |
| <i>zaleplon 10 mg cap</i>                                                                    | NIVEL 2 | QL (60 PER 30 DAYS)          |
| <i>zaleplon 5 mg cap</i>                                                                     | NIVEL 2 | QL (120 PER 30 DAYS)         |
| <i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i>                                                           | NIVEL 2 | QL (30 PER 30 DAYS)          |
| <i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i>                                                            | NIVEL 2 | QL (60 PER 30 DAYS)          |
| <b>EUGEROICOS</b>                                                                            |         |                              |
| <i>armodafinil (50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab)</i>                           | NIVEL 4 | PA, QL (30 PER 30 DAYS)      |
| <i>modafinil 100 mg tab</i>                                                                  | NIVEL 3 | PA, QL (90 PER 30 DAYS)      |
| <i>modafinil 200 mg tab</i>                                                                  | NIVEL 3 | PA, QL (60 PER 30 DAYS)      |
| <i>sodium oxybate (sodium oxybate 500 mg/ml solution, sodium oxybate 500 mg/ml solution)</i> | NIVEL 5 | PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS) |

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

# Índice de medicamentos

## A

|                                                     |       |                                                    |     |
|-----------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------|-----|
| abacavir sulfate.....                               | 51    | Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin)..... | 123 |
| abacavir sulfate-lamivudine.....                    | 51    | albuterol sulfate.....                             | 123 |
| ABELCET.....                                        | 24    | albuterol sulfate hfa.....                         | 123 |
| ABILIFY MAINTENA.....                               | 45    | alclometasone dipropionate.....                    | 77  |
| abiraterone acetate.....                            | 28    | ALCOHOL 70% PADS.....                              | 111 |
| abirtega.....                                       | 28    | ALCOHOL PREP.....                                  | 111 |
| ABRYSVO.....                                        | 107   | ALCOHOL PREP PADS.....                             | 111 |
| acamprosate calcium.....                            | 5     | ALCOHOL SWABS.....                                 | 111 |
| acarbose.....                                       | 56    | ALCOHOL SWABSTICK.....                             | 111 |
| accutane.....                                       | 76    | alcohol wipes.....                                 | 79  |
| acebutolol hcl.....                                 | 65    | ALDURAZYME.....                                    | 87  |
| acetaminophen-codeine.....                          | 3     | ALECENSA.....                                      | 31  |
| acetazolamide.....                                  | 67    | alendronate sodium.....                            | 110 |
| acetazolamide er.....                               | 120   | ALENDRONATE SODIUM.....                            | 110 |
| acetic acid.....                                    | 121   | alfuzosin hcl er.....                              | 89  |
| acetylcysteine.....                                 | 125   | aliskiren fumarate.....                            | 67  |
| acitretin.....                                      | 76    | allopurinol.....                                   | 26  |
| ACTHIB.....                                         | 107   | alosetron hcl.....                                 | 85  |
| ACTIMMUNE.....                                      | 104   | alprazolam.....                                    | 54  |
| acyclovir.....                                      | 54,80 | altavera.....                                      | 92  |
| acyclovir sodium.....                               | 54    | ALUNBRIG.....                                      | 31  |
| ADACEL.....                                         | 107   | alyacen 1/35.....                                  | 92  |
| adefovir dipivoxil.....                             | 49    | alyacen 7/7/7.....                                 | 92  |
| ADEMPAS.....                                        | 124   | alyq.....                                          | 124 |
| ADVAIR HFA.....                                     | 125   | amantadine hcl.....                                | 43  |
| ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE.....                    | 111   | ambrisentan.....                                   | 125 |
| afirmelle.....                                      | 92    | amethia.....                                       | 92  |
| AIMOVIG.....                                        | 26    | amikacin sulfate.....                              | 6   |
| ak-poly-bac.....                                    | 117   | amiloride hcl.....                                 | 70  |
| AKEEGA.....                                         | 30    | amiloride-hydrochlorothiazide.....                 | 67  |
| ala-cort.....                                       | 77    | amiodarone hcl.....                                | 64  |
| albendazole.....                                    | 41    | amitriptyline hcl.....                             | 23  |
| ALBUTEROL 90MCG HFA INHALER (GENERIC PROAIR).....   | 123   | amlodipine besy-benazepril hcl.....                | 67  |
| Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Proair).....    | 123   | amlodipine besylate.....                           | 66  |
| Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Proventil)..... | 123   | amlodipine besylate-valsartan.....                 | 68  |
|                                                     |       | amlodipine-atorvastatin.....                       | 68  |
|                                                     |       | amlodipine-olmesartan.....                         | 68  |
|                                                     |       | amlodipine-valsartan-hctz.....                     | 68  |
|                                                     |       | ammonium lactate.....                              | 77  |
|                                                     |       | amnestem.....                                      | 76  |

|                                     |     |                                     |         |
|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|---------|
| amoxapine.....                      | 23  | ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....      | 111     |
| amoxicillin.....                    | 10  | atazanavir sulfate.....             | 52      |
| amoxicillin trihydrate.....         | 10  | atenolol.....                       | 65      |
| amoxicillin-pot clavulanate.....    | 11  | atenolol-chlorthalidone.....        | 68      |
| AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE.....    | 11  | atomoxetine hcl.....                | 74      |
| amoxicillin-pot clavulanate er..... | 11  | atorvastatin calcium.....           | 71      |
| amphetamine-dextroamphet er.....    | 73  | atovaquone.....                     | 41      |
| amphetamine-dextroamphetamine.....  | 73  | atovaquone-proguanil hcl.....       | 41      |
| AMPHOTERICIN B.....                 | 24  | atropine sulfate.....               | 117     |
| amphotericin b liposome.....        | 25  | aubra.....                          | 92      |
| ampicillin.....                     | 11  | aubra eq.....                       | 92      |
| ampicillin sodium.....              | 11  | AUGTYRO.....                        | 30      |
| ampicillin-sulbactam sodium.....    | 11  | AUM ALCOHOL PREP PADS.....          | 111     |
| anagrelide hcl.....                 | 61  | AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE.....  | 111     |
| anastrozole.....                    | 31  | AUM PEN NEEDLE.....                 | 111     |
| ANORO ELLIPTA.....                  | 125 | AURANOFIN.....                      | 102     |
| apraclonidine hcl.....              | 120 | aurovela 1.5/30.....                | 92      |
| aprepitant.....                     | 24  | aurovela 1/20.....                  | 92      |
| apri.....                           | 92  | aurovela fe 1.5/30.....             | 92      |
| APTIVUS.....                        | 52  | aurovela fe 1/20.....               | 92      |
| AQ INSULIN SYRINGE.....             | 111 | AUSTEDO.....                        | 74      |
| AQINJECT PEN NEEDLE.....            | 111 | AUSTEDO XR.....                     | 74      |
| ARALAST NP.....                     | 87  | AUSTEDO XR PATIENT TITRATION.....   | 74,75   |
| ARANELLE.....                       | 92  | AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE.....   | 111     |
| ARANESP (ALBUMIN FREE).....         | 61  | AUVELITY.....                       | 20      |
| ARCALYST.....                       | 102 | AUVELITY TITRATION PACK.....        | 20      |
| AREXVY.....                         | 107 | aviane.....                         | 92      |
| ARGYLE STERILE WATER.....           | 111 | avidoxy.....                        | 14      |
| ARIKAYCE.....                       | 6   | AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....       | 31      |
| aripiprazole.....                   | 45  | ayuna.....                          | 92      |
| armodafinil.....                    | 127 | AYVAKIT.....                        | 31      |
| ARNUITY ELLIPTA.....                | 121 | azathioprine.....                   | 104     |
| asenapine maleate.....              | 45  | AZATHIOPRINE SODIUM.....            | 104     |
| ashlyna.....                        | 92  | azelastine hcl.....                 | 119,122 |
| ASMANEX (120 METERED DOSES).....    | 121 | azithromycin.....                   | 12      |
| ASMANEX (14 METERED DOSES).....     | 122 | AZITHROMYCIN.....                   | 12      |
| ASMANEX (30 METERED DOSES).....     | 122 | aztreonam.....                      | 6       |
| ASMANEX (60 METERED DOSES).....     | 122 | azurette.....                       | 92      |
| ASMANEX HFA.....                    | 122 |                                     |         |
| aspirin-dipyridamole er.....        | 62  | <b>B</b>                            |         |
| ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES.....  | 111 | bac (butalbital-acetamin-caff)..... | 75      |

|                                         |        |                                     |         |
|-----------------------------------------|--------|-------------------------------------|---------|
| bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....      | 117    | BILDYOS.....                        | 110     |
| BACITRACIN.....                         | 119    | BILPREVDA.....                      | 110     |
| BACITRACIN-POLYMYXIN B.....             | 117    | bimatoprost.....                    | 121     |
| baclofen.....                           | 49     | bis subcit-metronid-tetracyc.....   | 86      |
| balsalazide disodium.....               | 109    | bismuth/metronidaz/tetracyclin..... | 86      |
| BALVERSA.....                           | 31     | bisoprolol fumarate.....            | 65      |
| balziva.....                            | 92     | bisoprolol-hydrochlorothiazide..... | 68      |
| BAQSIMI ONE PACK.....                   | 58     | blisovi fe 1.5/30.....              | 92      |
| BAQSIMI TWO PACK.....                   | 58     | blisovi fe 1/20.....                | 92      |
| BARACLUDE.....                          | 49     | BOOSTRIX.....                       | 107     |
| BCG VACCINE.....                        | 107    | bosentan.....                       | 125     |
| BD INSULIN SYRINGE.....                 | 111    | BOSULIF.....                        | 31,32   |
| BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM       |        | bosutinib.....                      | 32      |
| MISC.....                               | 111    | BRAFTOVI.....                       | 32      |
| BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM       |        | BREO ELLIPTA.....                   | 125     |
| MISC.....                               | 112    | brey-na.....                        | 126     |
| BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM |        | BREZTRI AEROSPHERE.....             | 126     |
| MISC.....                               | 112    | briellyn.....                       | 92      |
| BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM      |        | brimonidine tartrate.....           | 120     |
| MISC.....                               | 112    | brimonidine tartrate-timolol.....   | 117     |
| benazepril hcl.....                     | 63     | brinzolamide.....                   | 120     |
| benazepril-hydrochlorothiazide.....     | 68     | brivaracetam.....                   | 14,15   |
| BENLYSTA.....                           | 102    | bromocriptine mesylate.....         | 43      |
| BENZNIDAZOLE.....                       | 41,42  | BRUKINSA.....                       | 32      |
| benzoyl peroxide-erythromycin.....      | 76     | budesonide.....                     | 109,122 |
| benztropine mesylate.....               | 42,43  | budesonide er.....                  | 109     |
| BESIVANCE.....                          | 13     | budesonide-formoterol fumarate..... | 126     |
| BESREMI.....                            | 104    | bumetanide.....                     | 70      |
| BESREMI PEN.....                        | 104    | buprenorphine.....                  | 2       |
| betaine.....                            | 87     | buprenorphine hcl.....              | 5       |
| betamethasone dipropionate.....         | 77     | buprenorphine hcl-naloxone hcl..... | 5       |
| betamethasone dipropionate aug.....     | 77     | bupropion hcl.....                  | 20      |
| betamethasone valerate.....             | 77     | bupropion hcl er (smoking det)..... | 5       |
| BETASERON.....                          | 75     | bupropion hcl er (sr).....          | 20      |
| betaxolol hcl.....                      | 65,120 | bupropion hcl er (xl).....          | 20      |
| bethanechol chloride.....               | 89     | buspirone hcl.....                  | 54      |
| bexarotene.....                         | 41     | butalbital-apap-caffeine.....       | 75      |
| BEXSERO.....                            | 107    | butalbital-aspirin-caffeine.....    | 1       |
| bicalutamide.....                       | 28     | butorphanol tartrate.....           | 3       |
| BICILLIN L-A.....                       | 11     | BYSANTI.....                        | 45      |
| BIKTARVY.....                           | 50     | BYSANTI TITRATION PACK A.....       | 45      |

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| BYSANTI TITRATION PACK B..... | 45 |
| BYSANTI TITRATION PACK C..... | 45 |

## C

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| CABENUVA.....                      | 52  |
| cabergoline.....                   | 101 |
| CABOMETYX.....                     | 32  |
| calcipotriene.....                 | 79  |
| calcitonin (salmon).....           | 110 |
| calcitrene.....                    | 79  |
| calcitriol.....                    | 110 |
| CALCITRIOL.....                    | 110 |
| calcium acetate (phos binder)..... | 84  |
| CALQUENCE.....                     | 32  |
| camila.....                        | 98  |
| camrese.....                       | 92  |
| camrese lo.....                    | 92  |
| candesartan cilexetil.....         | 63  |
| candesartan cilexetil-hctz.....    | 68  |
| CAPLYTA.....                       | 45  |
| CAPRELSA.....                      | 32  |
| captopril.....                     | 63  |
| CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE..... | 68  |
| carbamazepine.....                 | 18  |
| carbamazepine er.....              | 18  |
| carbidopa.....                     | 43  |
| carbidopa-levodopa.....            | 43  |
| carbidopa-levodopa er.....         | 43  |
| carbidopa-levodopa-entacapone..... | 43  |
| CARETOUCH ALCOHOL PREP.....        | 112 |
| carglumic acid.....                | 87  |
| carisoprodol.....                  | 127 |
| CARTEOLOL HCL.....                 | 120 |
| cartia xt.....                     | 66  |
| carvedilol.....                    | 65  |
| cataflam.....                      | 1   |
| CAVHANZA.....                      | 32  |
| CAYSTON.....                       | 6   |
| CEFACLOR.....                      | 8   |
| cefadroxil.....                    | 8   |
| cefazolin sodium.....              | 9   |

|                                  |       |
|----------------------------------|-------|
| cefdinir.....                    | 9     |
| cefepime hcl.....                | 9     |
| cefixime.....                    | 9     |
| cefoxitin sodium.....            | 9     |
| CEFPODOXIME PROXETIL.....        | 9     |
| cefprozil.....                   | 9     |
| ceftaroline fosamil.....         | 9     |
| CEFTAZIDIME.....                 | 9     |
| ceftriaxone sodium.....          | 10    |
| cefuroxime axetil.....           | 10    |
| cefuroxime sodium.....           | 10    |
| celecoxib.....                   | 1     |
| cephalexin.....                  | 10    |
| cetirizine hcl.....              | 122   |
| cevimeline hcl.....              | 76    |
| chateal.....                     | 92    |
| chateal eq.....                  | 92    |
| chlorhexidine gluconate.....     | 76    |
| chloroquine phosphate.....       | 42    |
| chlorpromazine hcl.....          | 44    |
| chlorthalidone.....              | 71    |
| cholestyramine.....              | 71    |
| cholestyramine light.....        | 72    |
| ciclodan.....                    | 80    |
| ciclopirox.....                  | 80,81 |
| ciclopirox olamine.....          | 81    |
| cilostazol.....                  | 62    |
| CILOXAN.....                     | 13    |
| CIMDUO.....                      | 51    |
| cimetidine.....                  | 86    |
| cinacalcet hcl.....              | 110   |
| ciprofloxacin.....               | 13    |
| ciprofloxacin hcl.....           | 13    |
| ciprofloxacin in d5w.....        | 13    |
| ciprofloxacin-dexamethasone..... | 121   |
| citalopram hydrobromide.....     | 21    |
| claravis.....                    | 76    |
| CLARITHROMYCIN.....              | 12    |
| clarithromycin.....              | 13    |
| clarithromycin er.....           | 13    |
| clindamycin hcl.....             | 6     |

|                                     |       |                                    |            |
|-------------------------------------|-------|------------------------------------|------------|
| clindamycin palmitate hcl.....      | 6     | CORTISONE ACETATE.....             | 89         |
| clindamycin phos (once-daily).....  | 81    | CORTISPORIN-TC.....                | 121        |
| clindamycin phos (twice-daily)..... | 81    | COSENTYX.....                      | 102        |
| clindamycin phos-benzoyl perox..... | 76    | COSENTYX (300 MG DOSE).....        | 102        |
| clindamycin phosphate.....          | 6,81  | COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....  | 102        |
| clindamycin phosphate in d5w.....   | 7     | COSENTYX SENSOREADY PEN.....       | 102        |
| CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL.....  | 7     | COSENTYX UNOREADY.....             | 102        |
| clobazam.....                       | 16    | COTELLIC.....                      | 32         |
| clobetasol prop emollient base..... | 77    | CREON.....                         | 87         |
| clobetasol propionate.....          | 78    | CRESEMBA.....                      | 25         |
| clobetasol propionate e.....        | 78    | cromolyn sodium.....               | 86,119,124 |
| clomipramine hcl.....               | 23    | cryselle.....                      | 92         |
| clonazepam.....                     | 54,55 | cryselle-28.....                   | 92         |
| clonidine.....                      | 62    | CVS ALCOHOL PREP PADS.....         | 112        |
| clonidine hcl.....                  | 63    | CVS ANTIBACTERIAL GAUZE.....       | 112        |
| clopidogrel bisulfate.....          | 62    | cvs isopropyl alcohol wipes.....   | 80         |
| clorazepate dipotassium.....        | 55    | cyclobenzaprine hcl.....           | 127        |
| clotrimazole.....                   | 25    | CYCLOPHOSPHAMIDE.....              | 28         |
| clotrimazole-betamethasone.....     | 79    | cyclosporine.....                  | 104        |
| clozapine.....                      | 48    | cyclosporine modified.....         | 104        |
| COARTEM.....                        | 42    | cyproheptadine hcl.....            | 122        |
| COBENFY.....                        | 48    | cyred.....                         | 93         |
| COBENFY STARTER PACK.....           | 48    | cyred eq.....                      | 93         |
| codeine sulfate.....                | 3     |                                    |            |
| CODEINE SULFATE.....                | 3     | <b>D</b>                           |            |
| colchicine.....                     | 26    | dabigatran etexilate mesylate..... | 60         |
| colchicine-probenecid.....          | 26    | dalfampridine er.....              | 75         |
| colesevelam hcl.....                | 72    | danazol.....                       | 91         |
| colestipol hcl.....                 | 72    | dantrolene sodium.....             | 49         |
| colistimethate sodium (cba).....    | 7     | dapaglifloz base-metformin er..... | 56         |
| COMBIVENT RESPIMAT.....             | 126   | dapagliflozin.....                 | 72         |
| COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....   | 32    | dapsone.....                       | 27         |
| COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....   | 32    | DAPTACEL.....                      | 107        |
| COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....    | 32    | daptomycin.....                    | 7          |
| COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....     | 112   | darunavir.....                     | 53         |
| COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....     | 112   | dasatinib.....                     | 33         |
| compro.....                         | 23    | dasetta 1/35.....                  | 93         |
| constulose.....                     | 85    | dasetta 7/7/7.....                 | 93         |
| COPIKTRA.....                       | 32    | DAURISMO.....                      | 33         |
| CORLANOR.....                       | 68    | daysee.....                        | 93         |
| CORTIFOAM.....                      | 109   | deblitane.....                     | 99         |

|                                        |        |                                                                 |     |
|----------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------|-----|
| deferasirox.....                       | 84     | digox.....                                                      | 64  |
| DELSTRIGO.....                         | 50     | digoxin.....                                                    | 64  |
| delyla.....                            | 93     | dihydroergotamine mesylate.....                                 | 26  |
| DENGVAIXA.....                         | 107    | DILANTIN.....                                                   | 18  |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104.....             | 99     | dilt-xr.....                                                    | 66  |
| depo-testosterone.....                 | 91     | diltiazem hcl.....                                              | 66  |
| DERMOTIC.....                          | 121    | DILTIAZEM HCL 120 MG EXTENDED<br>RELEASE 24HR CAPSULE.....      | 66  |
| DESCOVY.....                           | 51     | DILTIAZEM HCL 180 MG EXTENDED<br>RELEASE 24HR CAPSULE.....      | 66  |
| desipramine hcl.....                   | 23     | DILTIAZEM HCL 240 MG EXTENDED<br>RELEASE 24HR CAPSULE.....      | 66  |
| desmopressin ace spray refrig.....     | 90     | DILTIAZEM HCL 300 MG EXTENDED<br>RELEASE 24HR CAPSULE.....      | 66  |
| desmopressin acetate.....              | 90,91  | DILTIAZEM HCL 360 MG EXTENDED<br>RELEASE 24HR CAPSULE.....      | 66  |
| desmopressin acetate pf.....           | 91     | diltiazem hcl er.....                                           | 67  |
| desmopressin acetate spray.....        | 91     | diltiazem hcl er beads.....                                     | 67  |
| desogestrel-ethinyl estradiol.....     | 93     | dimethyl fumarate.....                                          | 75  |
| desonide.....                          | 78     | dimethyl fumarate starter pack.....                             | 75  |
| desoximetasone.....                    | 78     | diphenoxylate-atropine.....                                     | 85  |
| desvenlafaxine succinate er.....       | 21     | DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....                                     | 85  |
| dexamethasone.....                     | 89     | DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....                              | 107 |
| DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID....       | 89     | dipyridamole.....                                               | 62  |
| dexamethasone sod phosphate pf.....    | 89     | disulfiram.....                                                 | 5   |
| DEXAMETHASONE SODIUM<br>PHOSPHATE..... | 89,119 | divalproex sodium.....                                          | 15  |
| dexmethylphenidate hcl.....            | 74     | divalproex sodium er.....                                       | 15  |
| dextroamphetamine sulfate.....         | 73,74  | dofetilide.....                                                 | 64  |
| dextrose.....                          | 81     | donepezil hcl.....                                              | 19  |
| dextrose in lactated ringers.....      | 81     | DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY<br>DISINTEGRATING TAB 10 MG..... | 19  |
| DEXTROSE-NACL.....                     | 81     | DONEPEZIL HYDROCHLORIDE ORALLY<br>DISINTEGRATING TAB 5 MG.....  | 20  |
| dextrose-sodium chloride.....          | 81,82  | dorzolamide hcl.....                                            | 120 |
| DIACOMIT.....                          | 15     | dorzolamide hcl-timolol mal.....                                | 118 |
| diazepam.....                          | 16,55  | dorzolamide hcl-timolol mal pf.....                             | 118 |
| diazepam intensol.....                 | 55     | dotti.....                                                      | 93  |
| diazoxide.....                         | 58     | DOVATO.....                                                     | 50  |
| diclofenac potassium.....              | 1      | doxazosin mesylate.....                                         | 63  |
| diclofenac sodium.....                 | 1,120  | doxepin hcl.....                                                | 23  |
| diclofenac sodium er.....              | 1      | doxercalciferol.....                                            | 110 |
| dicloxacillin sodium.....              | 11     |                                                                 |     |
| dicyclomine hcl.....                   | 86     |                                                                 |     |
| DIFICID.....                           | 13     |                                                                 |     |
| diflunisal.....                        | 1      |                                                                 |     |
| difluprednate.....                     | 120    |                                                                 |     |
| digitek.....                           | 64     |                                                                 |     |

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| doxy 100.....                       | 14  |
| doxycycline hyclate.....            | 14  |
| doxycycline monohydrate.....        | 14  |
| DRIZALMA SPRINKLE.....              | 75  |
| dronabinol.....                     | 24  |
| DROPLET INSULIN SYRINGE.....        | 112 |
| DROPLET MICRON.....                 | 112 |
| DROPLET PEN NEEDLES.....            | 112 |
| DROPSAFE AUTOPROTECT DUO.....       | 112 |
| DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE..... | 113 |
| drospirenone-ethinyl estradiol..... | 93  |
| DROXIA.....                         | 87  |
| droxidopa.....                      | 63  |
| duloxetine hcl.....                 | 75  |
| DUPIXENT.....                       | 103 |
| dutasteride.....                    | 89  |
| dutasteride-tamsulosin hcl.....     | 89  |

## E

|                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| e.e.s. 400.....                     | 13    |
| EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....   | 113   |
| EASY COMFORT PEN NEEDLES.....       | 113   |
| EASY TOUCH INSULIN BARRELS.....     | 113   |
| ec-naproxen.....                    | 1     |
| econazole nitrate.....              | 25    |
| EDURANT PED.....                    | 50    |
| EFAVIRENZ.....                      | 50    |
| efavirenz.....                      | 50    |
| efavirenz-emtricitab-tenofo df..... | 50    |
| efavirenz-lamivudine-tenofovir..... | 50    |
| ELAPRASE.....                       | 87    |
| elinest.....                        | 93    |
| ELIQUIS.....                        | 60    |
| ELIQUIS (1.5 MG PACK).....          | 60    |
| ELIQUIS (2 MG PACK).....            | 60    |
| ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....    | 60    |
| eltrombopag olamine.....            | 61,62 |
| eluryng.....                        | 93    |
| EMBECTA AUTOSHIELD DUO.....         | 113   |
| EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT.....   | 113   |
| EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE.....  | 113   |

|                                                        |     |
|--------------------------------------------------------|-----|
| EMBECTA INSULIN SYRINGE.....                           | 113 |
| EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100.....                     | 113 |
| EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500.....                     | 113 |
| EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F.....                       | 113 |
| EMBECTA PEN NEEDLE NANO.....                           | 113 |
| EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN... ..                    | 113 |
| EMBECTA PEN NEEDLE U/F.....                            | 114 |
| EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE.....                      | 114 |
| EMBRACE PEN NEEDLES.....                               | 114 |
| EMGALITY.....                                          | 26  |
| EMGALITY (300 MG DOSE).....                            | 26  |
| emoquette.....                                         | 93  |
| EMSAM.....                                             | 21  |
| emtricitab-rilpivir-tenofof df.....                    | 50  |
| emtricitabine.....                                     | 51  |
| emtricitabine-tenofovir df.....                        | 51  |
| EMTRIVA.....                                           | 51  |
| emzahn.....                                            | 99  |
| enalapril maleate.....                                 | 64  |
| enalapril-hydrochlorothiazide.....                     | 68  |
| ENBREL.....                                            | 105 |
| ENBREL MINI.....                                       | 105 |
| ENBREL SURECLICK.....                                  | 105 |
| endocet.....                                           | 3   |
| ENGERIX-B.....                                         | 107 |
| enilloring.....                                        | 93  |
| ENOBV.....                                             | 110 |
| enoxaparin sodium.....                                 | 60  |
| enpresse-28.....                                       | 93  |
| ENSACOVE.....                                          | 31  |
| enskyce.....                                           | 93  |
| entacapone.....                                        | 43  |
| entecavir.....                                         | 49  |
| ENTYVIO PEN.....                                       | 103 |
| enulose.....                                           | 85  |
| ENVARSUS XR.....                                       | 105 |
| EPIDIOLEX.....                                         | 15  |
| epinephrine.....                                       | 123 |
| EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC<br>ADRENAClick)..... | 123 |
| epitol.....                                            | 18  |

|                                |        |
|--------------------------------|--------|
| EPIVIR HBV                     | 49     |
| eplerenone                     | 70     |
| ERGOLOID MESYLATES             | 19     |
| ERGOTAMINE-CAFFEINE            | 26     |
| ERIVEDGE                       | 33     |
| ERLEADA                        | 28     |
| erlotinib hcl                  | 33     |
| errin                          | 99     |
| ertapenem sodium               | 12     |
| ERY                            | 81     |
| erythrocin lactobionate        | 13     |
| erythromycin                   | 81,119 |
| erythromycin base              | 13     |
| erythromycin ethylsuccinate    | 13     |
| erythromycin lactobionate      | 13     |
| ERZOFRI                        | 45,46  |
| escitalopram oxalate           | 21     |
| eslicarbazepine acetate        | 18     |
| esomeprazole magnesium         | 87     |
| estarylla                      | 93     |
| estradiol                      | 93     |
| estradiol valerate             | 94     |
| ESTRING                        | 94     |
| estrogens conjugated           | 94     |
| eszopiclone                    | 127    |
| ethambutol hcl                 | 27     |
| ethosuximide                   | 16     |
| ethynodiol diac-eth estradiol  | 94     |
| etodolac                       | 1      |
| etodolac er                    | 1      |
| etonogestrel-ethinyl estradiol | 94     |
| etravirine                     | 50,51  |
| EUCRISA                        | 78     |
| EULEXIN                        | 28     |
| euthyrox                       | 100    |
| everolimus                     | 33,105 |
| EVOTAZ                         | 53     |
| exemestane                     | 31     |
| EXXUA                          | 20     |
| EXXUA TITRATION PACK           | 21     |
| ezetimibe                      | 72     |

|                       |    |
|-----------------------|----|
| ezetimibe-simvastatin | 72 |
|-----------------------|----|

## F

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| falmina                        | 94  |
| famciclovir                    | 54  |
| famotidine                     | 86  |
| FANAPT                         | 46  |
| FANAPT TITRATION PACK A        | 46  |
| FANAPT TITRATION PACK B        | 46  |
| FANAPT TITRATION PACK C        | 46  |
| FARXIGA                        | 72  |
| febuxostat                     | 26  |
| feirza 1.5/30                  | 94  |
| feirza 1/20                    | 94  |
| felbamate                      | 15  |
| felodipine er                  | 66  |
| femynor                        | 94  |
| fenofibrate                    | 71  |
| fenofibrate micronized         | 71  |
| fenofibric acid                | 71  |
| fentanyl                       | 2   |
| FETZIMA                        | 22  |
| FETZIMA TITRATION              | 22  |
| fidaxomicin                    | 13  |
| FILSPARI                       | 89  |
| finasteride                    | 89  |
| fingolimod hcl                 | 76  |
| FINTEPLA                       | 15  |
| flecainide acetate             | 64  |
| fluconazole                    | 25  |
| fluconazole in sodium chloride | 25  |
| flucytosine                    | 25  |
| fludrocortisone acetate        | 89  |
| flunisolide                    | 126 |
| fluocinolone acetonide         | 78  |
| fluocinolone acetonide body    | 78  |
| fluocinolone acetonide scalp   | 78  |
| fluocinonide                   | 78  |
| fluocinonide emulsified base   | 78  |
| fluorometholone                | 120 |
| fluorouracil                   | 80  |

|                                     |        |
|-------------------------------------|--------|
| fluoxetine hcl.....                 | 22     |
| FLUOXETINE HCL.....                 | 22     |
| fluphenazine decanoate.....         | 44     |
| fluphenazine hcl.....               | 44     |
| FLURBIPROFEN.....                   | 1      |
| FLURBIPROFEN SODIUM.....            | 120    |
| FLUTAMIDE.....                      | 28     |
| FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL..... | 126    |
| fluticasone propionate.....         | 78,126 |
| fluticasone-salmeterol.....         | 126    |
| FLUTICASONE-SALMETEROL.....         | 126    |
| fluvastatin sodium.....             | 71     |
| fluvastatin sodium er.....          | 71     |
| fluvoxamine maleate.....            | 22     |
| FML.....                            | 120    |
| FML FORTE.....                      | 120    |
| fondaparinux sodium.....            | 60     |
| fosamprenavir calcium.....          | 53     |
| fosfomycin tromethamine.....        | 7      |
| fosinopril sodium.....              | 64     |
| fosinopril sodium-hctz.....         | 68     |
| FOTIVDA.....                        | 33     |
| FRUZAQLA.....                       | 30     |
| FULPHILA.....                       | 62     |
| fulvestrant.....                    | 29     |
| furosemide.....                     | 70     |
| FUROSEMIDE.....                     | 70     |
| fyavolv.....                        | 94     |

## G

|                                  |       |
|----------------------------------|-------|
| gabapentin.....                  | 16,17 |
| galantamine hydrobromide.....    | 20    |
| galantamine hydrobromide er..... | 20    |
| gallifrey.....                   | 99    |
| GAMUNEX-C.....                   | 102   |
| GARDASIL 9.....                  | 107   |
| GAUZE PADS 2.....                | 114   |
| GAVILYTE-C.....                  | 86    |
| gavilyte-g.....                  | 86    |
| gavilyte-n with flavor pack..... | 85    |
| GAVRETO.....                     | 33    |

|                                  |       |
|----------------------------------|-------|
| gefitinib.....                   | 33    |
| gemfibrozil.....                 | 71    |
| GEMTESA.....                     | 88    |
| generlac.....                    | 85    |
| gengraf.....                     | 105   |
| GENTAK.....                      | 119   |
| gentamicin sulfate.....          | 6,119 |
| GENVOYA.....                     | 50    |
| GILOTRIF.....                    | 33    |
| glatiramer acetate.....          | 76    |
| glatopa.....                     | 76    |
| glimepiride.....                 | 56    |
| glipizide.....                   | 56    |
| glipizide er.....                | 56    |
| glipizide xl.....                | 56    |
| glipizide-metformin hcl.....     | 56    |
| GLUCAGEN HYPOKIT.....            | 58    |
| glucagon emergency.....          | 58    |
| glyburide.....                   | 56    |
| GLYBURIDE MICRONIZED.....        | 56    |
| glyburide-metformin.....         | 56    |
| glycopyrrolate.....              | 86    |
| GLYXAMBI.....                    | 56    |
| GNP PEN NEEDLES.....             | 114   |
| GOMEKLI.....                     | 33    |
| GOODSENSE ALCOHOL SWABS.....     | 114   |
| granisetron hcl.....             | 24    |
| griseofulvin microsize.....      | 25    |
| griseofulvin ultramicrosize..... | 25    |
| guanfacine hcl.....              | 63    |
| guanfacine hcl er.....           | 74    |

## H

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| HADLIMA.....                | 105 |
| HADLIMA PUSHTOUCH.....      | 105 |
| HAEGARDA.....               | 102 |
| hailey 1.5/30.....          | 94  |
| hailey fe 1.5/30.....       | 94  |
| hailey fe 1/20.....         | 94  |
| halobetasol propionate..... | 78  |
| haloette.....               | 94  |

|                                     |            |                                    |     |
|-------------------------------------|------------|------------------------------------|-----|
| haloperidol.....                    | 44         | IBTROZI.....                       | 34  |
| haloperidol decanoate.....          | 44         | ibu.....                           | 1   |
| haloperidol lactate.....            | 44         | ibuprofen.....                     | 1   |
| HAVRIX.....                         | 107        | icatibant acetate.....             | 102 |
| heather.....                        | 99         | iclevia.....                       | 94  |
| heparin sodium (porcine).....       | 61         | ICLUSIG.....                       | 34  |
| heparin sodium (porcine) pf.....    | 61         | icosapent ethyl.....               | 72  |
| HEPLISAV-B.....                     | 107        | IDHIFA.....                        | 34  |
| HERNEXEOS.....                      | 33         | IDVYNZO.....                       | 52  |
| HIBERIX.....                        | 107        | ILEVRO.....                        | 120 |
| HIZENTRA.....                       | 102        | imatinib mesylate.....             | 34  |
| HUMALOG.....                        | 58         | IMBRUVICA.....                     | 34  |
| HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....         | 58         | imipenem-cilastatin.....           | 12  |
| HUMALOG KWIKPEN.....                | 58         | imipramine hcl.....                | 23  |
| HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....      | 59         | imiquimod.....                     | 80  |
| HUMALOG MIX 75/25.....              | 59         | IMKELDI.....                       | 34  |
| HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....      | 59         | IMOVAX RABIES.....                 | 107 |
| HUMULIN 70/30.....                  | 59         | IMPAVIDO.....                      | 42  |
| HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....          | 59         | incassia.....                      | 99  |
| HUMULIN N.....                      | 59         | INCRELEX.....                      | 91  |
| HUMULIN N KWIKPEN.....              | 59         | INCRUSE ELLIPTA.....               | 122 |
| HUMULIN R.....                      | 59         | indapamide.....                    | 71  |
| HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)..... | 59         | indomethacin.....                  | 1   |
| HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....        | 59         | INFANRIX.....                      | 107 |
| hydralazine hcl.....                | 72         | INLURIYO.....                      | 29  |
| hydrochlorothiazide.....            | 71         | INLYTA.....                        | 34  |
| hydrocodone-acetaminophen.....      | 3          | INQOVI.....                        | 30  |
| hydrocortisone.....                 | 78,109,110 | INREBIC.....                       | 34  |
| hydrocortisone (perianal).....      | 78         | INSULIN LISPRO.....                | 59  |
| hydrocortisone butyrate.....        | 79         | INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....  | 59  |
| hydrocortisone-acetic acid.....     | 121        | INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN..... | 59  |
| hydromorphone hcl.....              | 3          | INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....  | 59  |
| hydroxychloroquine sulfate.....     | 42         | INSULIN PEN NEEDLES.....           | 114 |
| hydroxyurea.....                    | 30         | INSULIN PEN NEEDLES.....           | 114 |
| hydroxyzine hcl.....                | 122        | INSULIN SYRINGE 0.3 ML.....        | 114 |
| hydroxyzine pamoate.....            | 122        | INSULIN SYRINGE 0.5 ML.....        | 114 |
| HYRNUO.....                         | 34         | INSULIN SYRINGE 1 ML.....          | 114 |
|                                     |            | INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....  | 114 |
| <b>I</b>                            |            | INSUPEN PEN NEEDLES.....           | 114 |
| ibandronate sodium.....             | 110        | INSUPEN32G EXTR3ME.....            | 114 |
| IBRANCE.....                        | 34         | INTELENCE.....                     | 51  |

|                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| INTRALIPID.....                     | 114   |
| introvale.....                      | 94    |
| INVEGA HAFYERA.....                 | 46    |
| INVEGA SUSTENNA.....                | 46    |
| INVEGA TRINZA.....                  | 46,47 |
| IPOL.....                           | 107   |
| ipratropium bromide.....            | 123   |
| ipratropium bromide hfa.....        | 123   |
| ipratropium-albuterol.....          | 126   |
| irbesartan.....                     | 63    |
| irbesartan-hydrochlorothiazide..... | 68    |
| ISENTRESS.....                      | 50    |
| ISENTRESS HD.....                   | 50    |
| isibloom.....                       | 94    |
| isoniazid.....                      | 27    |
| isopropyl alcohol.....              | 80    |
| isopropyl alcohol wipes.....        | 80    |
| isosorbide dinitrate.....           | 73    |
| isosorbide mononitrate.....         | 73    |
| isosorbide mononitrate er.....      | 73    |
| isotretinoin.....                   | 76    |
| isradipine.....                     | 66    |
| ITOVEBI.....                        | 34    |
| itraconazole.....                   | 25    |
| ivabradine hcl.....                 | 68    |
| ivermectin.....                     | 41    |
| IWILFIN.....                        | 30    |
| IXIARO.....                         | 107   |

## J

|                    |    |
|--------------------|----|
| jaimiess.....      | 94 |
| JAKAFI.....        | 34 |
| JAKAFI XR.....     | 35 |
| jantoven.....      | 61 |
| JANUMET XR.....    | 56 |
| JARDIANCE.....     | 72 |
| jasmiel.....       | 94 |
| JAYPIRCA.....      | 35 |
| jencycla.....      | 99 |
| JENTADUETO.....    | 56 |
| JENTADUETO XR..... | 56 |

|                      |     |
|----------------------|-----|
| jinteli.....         | 94  |
| jolessa.....         | 94  |
| joyeaux.....         | 94  |
| JUBBONTI.....        | 110 |
| juleber.....         | 94  |
| JULUCA.....          | 50  |
| junel 1.5/30.....    | 94  |
| junel 1/20.....      | 94  |
| junel fe 1.5/30..... | 94  |
| junel fe 1/20.....   | 94  |
| JYNNEOS.....         | 107 |

## K

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| KALETRA.....                      | 53  |
| kalliga.....                      | 95  |
| KALYDECO.....                     | 124 |
| kariva.....                       | 95  |
| kcl in dextrose-nacl.....         | 82  |
| KCL-LACTATED RINGERS-D5W.....     | 82  |
| kelnor 1/35.....                  | 95  |
| kelnor 1/50.....                  | 95  |
| KERENDIA.....                     | 57  |
| ketoconazole.....                 | 25  |
| ketorolac tromethamine.....       | 120 |
| KINERET.....                      | 103 |
| KINRIX.....                       | 108 |
| kionex.....                       | 84  |
| KISQALI (200 MG DOSE).....        | 35  |
| KISQALI (400 MG DOSE).....        | 35  |
| KISQALI (600 MG DOSE).....        | 35  |
| KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)..... | 35  |
| KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)..... | 35  |
| KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)..... | 35  |
| klayesta.....                     | 25  |
| klor-con.....                     | 82  |
| klor-con 10.....                  | 82  |
| klor-con m10.....                 | 82  |
| klor-con m15.....                 | 82  |
| klor-con m20.....                 | 82  |
| KLOXXADO.....                     | 5   |
| KOMZIFTI.....                     | 35  |

|               |    |
|---------------|----|
| KOSELUGO..... | 35 |
| kourzeq.....  | 76 |
| KRAZATI.....  | 35 |
| kurvelo.....  | 95 |

## L

|                                  |        |                                     |     |
|----------------------------------|--------|-------------------------------------|-----|
| l-glutamine.....                 | 88     | lessina.....                        | 95  |
| labetalol hcl.....               | 65     | letrozole.....                      | 31  |
| lacosamide.....                  | 18     | leucovorin calcium.....             | 30  |
| lactated ringers.....            | 82,114 | LEUKERAN.....                       | 28  |
| lactulose.....                   | 85     | LEUKINE.....                        | 62  |
| lactulose encephalopathy.....    | 85     | leuprolide acetate.....             | 101 |
| LAGEVRIO.....                    | 54     | levalbuterol hcl.....               | 124 |
| lamivudine.....                  | 49,51  | LEVALBUTEROL TARTRATE.....          | 124 |
| lamivudine-zidovudine.....       | 51     | levetiracetam.....                  | 15  |
| lamotrigine.....                 | 15     | levetiracetam er.....               | 15  |
| lansoprazole.....                | 87     | levo-t.....                         | 100 |
| LANTUS.....                      | 59     | LEVOBUNOLOL HCL.....                | 120 |
| LANTUS SOLOSTAR.....             | 59     | levocarnitine.....                  | 88  |
| lapatinib ditosylate.....        | 35     | levocetirizine dihydrochloride..... | 122 |
| larin 1.5/30.....                | 95     | levofloxacin.....                   | 13  |
| larin 1/20.....                  | 95     | LEVOFLOXACIN.....                   | 119 |
| larin fe 1.5/30.....             | 95     | levofloxacin in d5w.....            | 13  |
| larin fe 1/20.....               | 95     | levonest.....                       | 95  |
| larissia.....                    | 95     | levonorg-eth estrad triphasic.....  | 95  |
| latanoprost.....                 | 121    | levonorgest-eth estrad 91-day.....  | 95  |
| LAZCLUZE.....                    | 31     | levonorgest-eth estradiol-iron..... | 95  |
| LEDERLE LEUCOVORIN.....          | 30     | levonorgestrel-ethinyl estrad.....  | 95  |
| leena.....                       | 95     | levora 0.15/30 (28).....            | 95  |
| leflunomide.....                 | 105    | levothyroxine sodium.....           | 100 |
| lenalidomide.....                | 29     | levoxyl.....                        | 100 |
| LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....  | 35     | LEXIVA.....                         | 53  |
| LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....  | 35     | lidocaine.....                      | 4   |
| LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....  | 35     | lidocaine hcl.....                  | 4   |
| LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....  | 36     | lidocaine viscous hcl.....          | 5   |
| LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....  | 36     | lidocaine-prilocaine.....           | 5   |
| LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....  | 36     | lidocan.....                        | 5   |
| LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....   | 36     | LIFYORLI (125 MG DOSE).....         | 36  |
| LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....   | 36     | LIFYORLI (150 MG DOSE).....         | 36  |
| LEQEMBI IQLIK.....               | 19     | LILETTA (52 MG).....                | 99  |
| LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE)..... | 19     | lillow.....                         | 95  |
|                                  |        | lincomycin hcl.....                 | 7   |
|                                  |        | linezolid.....                      | 7   |
|                                  |        | LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....   | 7   |
|                                  |        | LINZESS.....                        | 85  |
|                                  |        | liothyronine sodium.....            | 100 |
|                                  |        | lisinopril.....                     | 64  |

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| lisinopril-hydrochlorothiazide..... | 68  |
| lithium.....                        | 55  |
| lithium carbonate.....              | 55  |
| lithium carbonate er.....           | 55  |
| LIVTENCITY.....                     | 49  |
| lo-zumandimine.....                 | 95  |
| loestrin 1.5/30 (21).....           | 95  |
| loestrin 1/20 (21).....             | 95  |
| loestrin fe 1.5/30.....             | 95  |
| loestrin fe 1/20.....               | 95  |
| lojaimiess.....                     | 95  |
| LOKELMA.....                        | 84  |
| lomustine.....                      | 28  |
| LONSURF.....                        | 30  |
| loperamide hcl.....                 | 85  |
| lopinavir-ritonavir.....            | 53  |
| lorazepam.....                      | 55  |
| lorazepam intensol.....             | 55  |
| LORBRENA.....                       | 36  |
| loryna.....                         | 96  |
| losartan potassium.....             | 63  |
| losartan potassium-hctz.....        | 69  |
| loteprednol-tobramycin.....         | 118 |
| lovastatin.....                     | 71  |
| low-ogestrel.....                   | 96  |
| loxapine succinate.....             | 44  |
| lubiprostone.....                   | 85  |
| luizza 1.5/30.....                  | 96  |
| luizza 1/20.....                    | 96  |
| LUMAKRAS.....                       | 36  |
| LUPRON DEPOT (1-MONTH).....         | 101 |
| LUPRON DEPOT (3-MONTH).....         | 101 |
| LUPRON DEPOT (4-MONTH).....         | 101 |
| LUPRON DEPOT (6-MONTH).....         | 101 |
| lurasidone hcl.....                 | 47  |
| lutra.....                          | 96  |
| LYBALVI.....                        | 21  |
| lyleq.....                          | 99  |
| lyllana.....                        | 96  |
| LYNPARZA.....                       | 36  |
| LYSODREN.....                       | 30  |

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)..... | 36 |
| LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)..... | 36 |
| LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)..... | 36 |
| lyza.....                       | 99 |

## M

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| M-M-R II.....                    | 108 |
| macitentan.....                  | 125 |
| magnesium sulfate.....           | 82  |
| malathion.....                   | 80  |
| maraviroc.....                   | 52  |
| marlissa.....                    | 96  |
| MARPLAN.....                     | 21  |
| MATULANE.....                    | 28  |
| matzim la.....                   | 67  |
| MAVYRET.....                     | 49  |
| meclizine hcl.....               | 23  |
| medpura alcohol pads.....        | 80  |
| medroxyprogesterone acetate..... | 99  |
| mefloquine hcl.....              | 42  |
| megestrol acetate.....           | 99  |
| MEKINIST.....                    | 36  |
| MEKTOVI.....                     | 37  |
| meleya.....                      | 99  |
| meloxicam.....                   | 2   |
| memantine hcl.....               | 20  |
| memantine hcl er.....            | 20  |
| MENACTRA.....                    | 108 |
| MENEST.....                      | 96  |
| MENQUADFI.....                   | 108 |
| MENVEO.....                      | 108 |
| mercaptopurine.....              | 29  |
| meropenem.....                   | 12  |
| MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....   | 12  |
| mesalamine.....                  | 109 |
| mesalamine er.....               | 109 |
| mesna.....                       | 41  |
| metformin hcl.....               | 57  |
| metformin hcl er.....            | 57  |
| methadone hcl.....               | 2   |
| methazolamide.....               | 121 |

|                                     |       |                                     |        |
|-------------------------------------|-------|-------------------------------------|--------|
| methenamine hippurate.....          | 7     | moexipril hcl.....                  | 64     |
| methergine.....                     | 114   | MOLINDONE HCL.....                  | 44,45  |
| methimazole.....                    | 101   | mometasone furoate.....             | 79     |
| methocarbamol.....                  | 127   | mondoxyne nl.....                   | 14     |
| METHOTREXATE SODIUM.....            | 105   | mono-lynyah.....                    | 96     |
| methotrexate sodium.....            | 106   | montelukast sodium.....             | 122    |
| methotrexate sodium (pf).....       | 105   | morphine sulfate.....               | 4      |
| METHOXSALEN RAPID.....              | 80    | morphine sulfate (concentrate)..... | 4      |
| methscopolamine bromide.....        | 86    | morphine sulfate er.....            | 2,3    |
| methsuximide.....                   | 16    | MOUNJARO.....                       | 57     |
| METHYLDOPA.....                     | 63    | MOVANTIK.....                       | 85     |
| methylergonovine maleate.....       | 115   | moxifloxacin hcl.....               | 13,119 |
| methylphenidate hcl.....            | 74    | MOXIFLOXACIN HCL.....               | 14     |
| methylphenidate hcl er.....         | 74    | MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....      | 119    |
| methylprednisolone.....             | 90    | MOXIFLOXACIN HCL IN NACL.....       | 14     |
| methylprednisolone acetate.....     | 90    | MRESVIA.....                        | 108    |
| methylprednisolone sodium succ..... | 90    | MULTAQ.....                         | 64     |
| metoclopramide hcl.....             | 23,24 | mupirocin.....                      | 81     |
| metolazone.....                     | 71    | mycophenolate mofetil.....          | 106    |
| metoprolol succinate er.....        | 65    | mycophenolate mofetil hcl.....      | 106    |
| metoprolol tartrate.....            | 65    | mycophenolate sodium.....           | 106    |
| metoprolol-hydrochlorothiazide..... | 69    | mycophenolic acid.....              | 106    |
| metronidazole.....                  | 7     | myorisan.....                       | 77     |
| metyrosine.....                     | 69    | MYRBETRIQ.....                      | 88     |
| mexiletine hcl.....                 | 64    |                                     |        |
| micafungin sodium.....              | 25    | <b>N</b>                            |        |
| MICONAZOLE 3.....                   | 25    | na sulfate-k sulfate-mg sulf.....   | 85     |
| microgestin 1.5/30.....             | 96    | nabumetone.....                     | 2      |
| microgestin 1/20.....               | 96    | nadolol.....                        | 65     |
| microgestin fe 1.5/30.....          | 96    | nafcillin sodium.....               | 12     |
| microgestin fe 1/20.....            | 96    | nafrinse.....                       | 82     |
| midodrine hcl.....                  | 63    | NAGLAZYME.....                      | 88     |
| mifepristone.....                   | 101   | naloxone hcl.....                   | 5      |
| mili.....                           | 96    | naltrexone hcl.....                 | 5      |
| minocycline hcl.....                | 14    | naproxen.....                       | 2      |
| minoxidil.....                      | 73    | naproxen dr.....                    | 2      |
| minzoya.....                        | 96    | naproxen sodium.....                | 2      |
| mirtazapine.....                    | 21    | naratriptan hcl.....                | 26     |
| misoprostol.....                    | 86    | NATACYN.....                        | 119    |
| modafinil.....                      | 127   | nateglinide.....                    | 57     |
| MODEYSO.....                        | 30    | NAYZILAM.....                       | 5      |

|                                     |     |                                     |         |
|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|---------|
| nebivolol hcl.....                  | 65  | norethin ace-eth estrad-fe.....     | 96      |
| necon 0.5/35 (28).....              | 96  | norethin-eth estradiol-fe.....      | 96      |
| NEFAZODONE HCL.....                 | 22  | norethindrone.....                  | 99      |
| neo-polycin.....                    | 118 | norethindrone acet-ethinyl est..... | 96      |
| neo-polycin hc.....                 | 118 | norethindrone acetate.....          | 99      |
| neomycin sulfate.....               | 6   | norethindrone-eth estradiol.....    | 96      |
| neomycin-bacitracin zn-polymyx..... | 118 | norgestim-eth estrad triphasic..... | 96      |
| neomycin-polymyxin-dexameth.....    | 118 | norgestimate-eth estradiol.....     | 97      |
| NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....  | 118 | norlyda.....                        | 99      |
| NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....          | 118 | norlyroc.....                       | 99      |
| neomycin-polymyxin-hc.....          | 121 | nortrel 0.5/35 (28).....            | 97      |
| NERLYNX.....                        | 37  | nortrel 1/35 (21).....              | 97      |
| nevirapine.....                     | 51  | nortrel 1/35 (28).....              | 97      |
| NEVIRAPINE.....                     | 51  | nortrel 7/7/7.....                  | 97      |
| NEVIRAPINE ER.....                  | 51  | nortriptyline hcl.....              | 23      |
| nevirapine er.....                  | 51  | NORVIR.....                         | 53      |
| NEXPLANON.....                      | 99  | NovoFine 32G X 6 MM MISC.....       | 115     |
| NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC).....    | 72  | NOVOLIN R FLEXPEN.....              | 59      |
| niacin er (antihyperlipidemic)..... | 72  | NOVOLIN R FLEXPEN RELION.....       | 59      |
| NIACOR.....                         | 72  | NUBEQA.....                         | 28      |
| nicardipine hcl.....                | 66  | NUCALA.....                         | 126     |
| NICOTROL.....                       | 5   | NUPLAZID.....                       | 47      |
| NICOTROL NS.....                    | 5   | NURTEC.....                         | 26      |
| nifedipine er.....                  | 66  | NUTRILIPID.....                     | 115     |
| nifedipine er osmotic release.....  | 66  | nyamyc.....                         | 25      |
| nikki.....                          | 96  | nylia 1/35.....                     | 97      |
| nilotinib hcl.....                  | 37  | nylia 7/7/7.....                    | 97      |
| nilutamide.....                     | 28  | nymyo.....                          | 97      |
| nimodipine.....                     | 66  | nystatin.....                       | 25      |
| NINLARO.....                        | 37  | nystatin-triamcinolone.....         | 80      |
| nintedanib esylate.....             | 125 | nystop.....                         | 25      |
| nitazoxanide.....                   | 42  |                                     |         |
| nitisinone.....                     | 88  | <b>O</b> .....                      |         |
| nitro-bid.....                      | 73  | ocella.....                         | 97      |
| nitrofurantoin macrocrystal.....    | 7   | octreotide acetate.....             | 101     |
| nitrofurantoin monohyd macro.....   | 7   | OCTREOTIDE ACETATE.....             | 101     |
| nitroglycerin.....                  | 73  | ODEFSEY.....                        | 51      |
| NIVESTYM.....                       | 62  | ODOMZO.....                         | 37      |
| NIZATIDINE.....                     | 86  | OFEV.....                           | 125     |
| nora-be.....                        | 99  | ofloxacin.....                      | 119,121 |
| norelgestromin-eth estradiol.....   | 96  | OGSIVEO.....                        | 37      |

|                                     |        |                                   |     |
|-------------------------------------|--------|-----------------------------------|-----|
| OJEMDA.....                         | 37     | paroxetine hcl.....               | 22  |
| OJJAARA.....                        | 30     | PAROXETINE HCL.....               | 22  |
| olanzapine.....                     | 47     | paroxetine hcl er.....            | 22  |
| olmesartan medoxomil.....           | 63     | PAXLOVID (150/100).....           | 54  |
| olmesartan medoxomil-hctz.....      | 69     | PAXLOVID (300/100 & 150/100)..... | 54  |
| olmesartan-amlodipine-hctz.....     | 69     | PAXLOVID (300/100).....           | 54  |
| omega-3-acid ethyl esters.....      | 72     | pazopanib hcl.....                | 37  |
| omeprazole.....                     | 87     | PAZOPANIB HCL.....                | 37  |
| OMNITROPE.....                      | 86,91  | PEDIARIX.....                     | 108 |
| ondansetron.....                    | 24     | PEDVAXHIB.....                    | 108 |
| ONDANSETRON HCL.....                | 24     | peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....  | 85  |
| ondansetron hcl.....                | 24     | peg-3350/electrolytes.....        | 86  |
| ONUREG.....                         | 30     | PEGASYS.....                      | 104 |
| OPIPZA.....                         | 47     | PEMAZYRE.....                     | 37  |
| OPVEE.....                          | 115    | PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP.....       | 115 |
| oralone.....                        | 76     | PEN NEEDLES.....                  | 115 |
| ORGOVYX.....                        | 101    | PENBRAYA.....                     | 115 |
| orquidea.....                       | 99     | penicillamine.....                | 89  |
| ORSERDU.....                        | 28     | penicillin g potassium.....       | 12  |
| oseltamivir phosphate.....          | 53     | PENICILLIN G SODIUM.....          | 12  |
| OSPHENA.....                        | 100    | penicillin v potassium.....       | 12  |
| OTEZLA.....                         | 80,103 | PENMENVY.....                     | 108 |
| OTEZLA XR.....                      | 80     | PENTACEL.....                     | 108 |
| OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK..... | 103    | pentamidine isethionate.....      | 42  |
| oxaprozin.....                      | 2      | pentoxifylline er.....            | 69  |
| oxcarbazepine.....                  | 18     | perampanel.....                   | 15  |
| oxybutynin chloride.....            | 88     | PERINDOPRIL ERBUMINE.....         | 64  |
| oxybutynin chloride er.....         | 88     | periogard.....                    | 76  |
| oxycodone hcl.....                  | 4      | permethrin.....                   | 80  |
| oxycodone-acetaminophen.....        | 4      | perphenazine.....                 | 24  |
| OZEMPIC.....                        | 57     | PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE.....   | 21  |
| OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....  | 57     | PERSERIS.....                     | 47  |
| OZEMPIC (1 MG/DOSE).....            | 57     | pfizerpen.....                    | 12  |
| OZEMPIC (2 MG/DOSE).....            | 57     | PHENELZINE SULFATE.....           | 21  |
| <b>P</b>                            |        | phenobarbital.....                | 17  |
| pacerone.....                       | 64     | phenytek.....                     | 19  |
| paliperidone er.....                | 47     | phenytoin.....                    | 19  |
| PANRETIN.....                       | 41     | phenytoin infatabs.....           | 19  |
| pantoprazole sodium.....            | 87     | phenytoin sodium extended.....    | 19  |
| paricalcitol.....                   | 110    | philith.....                      | 97  |
|                                     |        | PIFELTRO.....                     | 51  |

|                                     |        |                                     |        |
|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|--------|
| pilocarpine hcl.....                | 76,121 | PREDNISONE.....                     | 90     |
| pimozide.....                       | 45     | PREDNISONE INTENSOL.....            | 90     |
| pimtrea.....                        | 97     | pregabalin.....                     | 75     |
| pindolol.....                       | 65     | PREMARIN.....                       | 97     |
| pioglitazone hcl.....               | 57     | PREMASOL.....                       | 83     |
| pioglitazone hcl-glimepiride.....   | 57     | PREMIUM LIDOCAINE.....              | 5      |
| pioglitazone hcl-metformin hcl..... | 57     | Prenatal vitamins.....              | 83     |
| piperacillin sod-tazobactam so..... | 12     | PRETOMANID.....                     | 27     |
| PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....     | 37     | prevalite.....                      | 72     |
| PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....     | 37     | PREVYMIS.....                       | 49     |
| PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....     | 37     | PREZCOBIX.....                      | 53     |
| pirfenidone.....                    | 125    | PREZISTA.....                       | 53     |
| PIRFENIDONE.....                    | 125    | PRIFTIN.....                        | 27     |
| pirmella 1/35.....                  | 97     | primaquine phosphate.....           | 42     |
| pirmella 7/7/7.....                 | 97     | primidone.....                      | 17     |
| piroxicam.....                      | 2      | PRIORIX.....                        | 108    |
| PNV 27-CA/FE/FA.....                | 82     | PRO COMFORT ALCOHOL.....            | 115    |
| podofilox.....                      | 80     | PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....    | 115    |
| polycin.....                        | 118    | probenecid.....                     | 26     |
| polymyxin b-trimethoprim.....       | 119    | prochlorperazine.....               | 24     |
| pomalidomide.....                   | 29     | prochlorperazine maleate.....       | 24     |
| POMALYST.....                       | 29     | procto-med hc.....                  | 79     |
| portia-28.....                      | 97     | proctosol hc.....                   | 79     |
| posaconazole.....                   | 25     | proctozone-hc.....                  | 79     |
| potassium chloride.....             | 83     | progesterone.....                   | 99     |
| potassium chloride crys er.....     | 83     | PROGRAF.....                        | 106    |
| potassium chloride er.....          | 83     | promethazine hcl.....               | 24,122 |
| potassium chloride in dextrose..... | 83     | propafenone hcl.....                | 64     |
| potassium chloride in nacl.....     | 83     | propranolol hcl.....                | 65     |
| potassium citrate er.....           | 83     | PROPRANOLOL HCL.....                | 65     |
| POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%.....    | 83     | propranolol hcl er.....             | 65     |
| pramipexole dihydrochloride.....    | 43     | propylthiouracil.....               | 102    |
| prasugrel hcl.....                  | 62     | PROQUAD.....                        | 108    |
| pravastatin sodium.....             | 71     | protriptyline hcl.....              | 23     |
| praziquantel.....                   | 41     | PULMOZYME.....                      | 124    |
| prazosin hcl.....                   | 63     | PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE..... | 115    |
| prednisolone.....                   | 90     | pyrazinamide.....                   | 27     |
| prednisolone acetate.....           | 120    | pyridostigmine bromide.....         | 27     |
| prednisolone sodium phosphate.....  | 90     | pyridostigmine bromide er.....      | 27     |
| PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....  | 120    | pyrimethamine.....                  | 42     |
| prednisone.....                     | 90     |                                     |        |

## Q

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| qc alcohol                     | 80  |
| QINLOCK                        | 30  |
| QUADRACEL                      | 108 |
| quetiapine fumarate            | 47  |
| quetiapine fumarate er         | 47  |
| QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE | 115 |
| quinapril hcl                  | 64  |
| quinapril-hydrochlorothiazide  | 69  |
| QUINIDINE SULFATE              | 65  |
| quinine sulfate                | 42  |
| QVAR REDHALER                  | 122 |

## R

|                            |       |
|----------------------------|-------|
| ra isopropyl alcohol wipes | 80    |
| RABAVERT                   | 108   |
| rabeprazole sodium         | 87    |
| RALDESY                    | 22    |
| raloxifene hcl             | 100   |
| ramelteon                  | 127   |
| ramipril                   | 64    |
| ranolazine er              | 69    |
| rasagiline mesylate        | 44    |
| reclipsen                  | 97    |
| RECOMBIVAX HB              | 108   |
| relafen                    | 2     |
| RELENZA DISKHALER          | 53    |
| repaglinide                | 57    |
| REPATHA                    | 72    |
| REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM  | 72    |
| REPATHA SURECLICK          | 72    |
| RESTASIS                   | 118   |
| RETACRIT                   | 62    |
| RETEVMO                    | 37,38 |
| REVCovi                    | 88    |
| REVUFORJ                   | 38    |
| REXULTI                    | 47    |
| REYATAZ                    | 53    |
| REZDIFFRA                  | 100   |
| REZLIDHIA                  | 38    |

|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| RHOPRESSA                   | 121   |
| RIBAVIRIN                   | 49    |
| ribavirin                   | 49    |
| RIDAURA                     | 103   |
| rifabutin                   | 27    |
| rifampin                    | 27    |
| rifapentine                 | 27    |
| rilpivirine hcl             | 51    |
| riluzole                    | 75    |
| RIMANTADINE HCL             | 54    |
| ringers                     | 83    |
| ringers irrigation          | 115   |
| RINVOQ                      | 103   |
| RINVOQ LQ                   | 103   |
| risedronate sodium          | 110   |
| risperidone                 | 47,48 |
| risperidone microspheres er | 48    |
| ritonavir                   | 53    |
| rivaroxaban                 | 61    |
| rivastigmine                | 20    |
| rivastigmine tartrate       | 20    |
| rizatriptan benzoate        | 26    |
| ROCKLATAN                   | 118   |
| roflumilast                 | 124   |
| ROMVIMZA                    | 38    |
| ropinirole hcl              | 43    |
| ropinirole hcl er           | 43    |
| rosadan                     | 7     |
| rosuvastatin calcium        | 71    |
| ROTARIX                     | 108   |
| ROTATEQ                     | 108   |
| roweepra                    | 15    |
| ROZLYTREK                   | 38    |
| RUBRACA                     | 38    |
| rufinamide                  | 19    |
| RUKOBIA                     | 52    |
| RYBELSUS                    | 57    |
| RYDAPT                      | 38    |

## S

|                      |    |
|----------------------|----|
| sacubitril-valsartan | 69 |
|----------------------|----|

|                                        |     |                                    |     |
|----------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|
| sajazir.....                           | 102 | sodium chloride (pf).....          | 83  |
| SANDIMMUNE.....                        | 106 | sodium fluoride.....               | 84  |
| SANTYL.....                            | 80  | sodium oxybate.....                | 127 |
| sapropterin dihydrochloride.....       | 88  | sodium phenylbutyrate.....         | 88  |
| SCEMBLIX.....                          | 38  | sodium polystyrene sulfonate.....  | 85  |
| scopolamine.....                       | 24  | solifenacin succinate.....         | 88  |
| SECUADO.....                           | 48  | SOLTAMOX.....                      | 29  |
| SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....        | 115 | SOMAVERT.....                      | 101 |
| SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES.....     | 115 | sorafenib tosylate.....            | 38  |
| selegiline hcl.....                    | 44  | sorine.....                        | 65  |
| selenium sulfide.....                  | 79  | sotalol hcl.....                   | 65  |
| SELZENTRY.....                         | 52  | sotalol hcl (af).....              | 65  |
| SEREVENT DISKUS.....                   | 124 | SPIRIVA RESPIMAT.....              | 123 |
| sertraline hcl.....                    | 22  | spironolactone.....                | 70  |
| setlakin.....                          | 97  | spironolactone-hctz.....           | 69  |
| sevelamer carbonate.....               | 84  | sprintec 28.....                   | 97  |
| sharobel.....                          | 99  | SPRITAM.....                       | 15  |
| SHINGRIX.....                          | 108 | SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)..... | 85  |
| SIGNIFOR.....                          | 101 | sronyx.....                        | 97  |
| sildenafil citrate.....                | 125 | ssd.....                           | 80  |
| SILIGENTLE FOAM DRESSING.....          | 115 | STAVUDINE.....                     | 51  |
| silodosin.....                         | 89  | sterile water for irrigation.....  | 116 |
| silver sulfadiazine.....               | 80  | STIOLTO RESPIMAT.....              | 126 |
| SIMBRINZA.....                         | 121 | STIVARGA.....                      | 38  |
| SIMLANDI (1 PEN).....                  | 106 | STREPTOMYCIN SULFATE.....          | 6   |
| SIMLANDI (1 SYRINGE).....              | 106 | STRIBILD.....                      | 50  |
| SIMLANDI (2 PEN).....                  | 106 | subvenite.....                     | 16  |
| SIMLANDI (2 SYRINGE).....              | 106 | SUBVENITE.....                     | 16  |
| simliya.....                           | 97  | sucalfate.....                     | 87  |
| simpesse.....                          | 97  | sulfacetamide sodium.....          | 119 |
| simvastatin.....                       | 71  | SULFACETAMIDE SODIUM.....          | 119 |
| sirolimus.....                         | 106 | sulfacetamide sodium (acne).....   | 77  |
| SIRTURO.....                           | 27  | SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....    | 118 |
| sitagliptin phos-metformin hcl er..... | 57  | sulfadiazine.....                  | 14  |
| sitagliptin phos-metformin hcl.....    | 57  | sulfamethoxazole-trimethoprim..... | 14  |
| sitagliptin phosphate.....             | 58  | sulfasalazine.....                 | 109 |
| SKYRIZI.....                           | 103 | sulfatrim pediatric.....           | 14  |
| SKYRIZI (150 MG DOSE).....             | 103 | sulindac.....                      | 2   |
| SKYRIZI PEN.....                       | 103 | sumatriptan.....                   | 27  |
| SMOFLIPID.....                         | 115 | sumatriptan succinate.....         | 27  |
| sodium chloride.....                   | 84  | SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL.....  | 27  |

|                               |     |
|-------------------------------|-----|
| sunitinib malate.....         | 38  |
| SUNLENCA.....                 | 52  |
| SURE COMFORT PEN NEEDLES..... | 116 |
| syeda.....                    | 97  |
| SYMPAZAN.....                 | 17  |
| SYMTUZA.....                  | 53  |
| SYNAREL.....                  | 101 |
| SYNJARDY.....                 | 58  |
| SYNJARDY XR.....              | 58  |
| SYNRIBO.....                  | 39  |
| SYNTHROID.....                | 100 |

## T

|                                    |        |
|------------------------------------|--------|
| TABLOID.....                       | 30     |
| TABRECTA.....                      | 39     |
| tacrolimus.....                    | 79,106 |
| tadalafil.....                     | 89     |
| tadalafil (pah).....               | 125    |
| TAFINLAR.....                      | 39     |
| TAGRISSE.....                      | 39     |
| TALZENNA.....                      | 39     |
| tamoxifen citrate.....             | 29     |
| tamsulosin hcl.....                | 89     |
| tarina fe 1/20.....                | 97     |
| tarina fe 1/20 eq.....             | 97     |
| TARPEYO.....                       | 90     |
| tasimelteon.....                   | 127    |
| tazarotene.....                    | 77     |
| TAZICEF.....                       | 10     |
| taztia xt.....                     | 67     |
| TAZVERIK.....                      | 39     |
| TDVAX.....                         | 108    |
| TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....     | 116    |
| telmisartan.....                   | 63     |
| telmisartan-amlodipine.....        | 69     |
| telmisartan-hctz.....              | 69     |
| temazepam.....                     | 127    |
| TENIVAC.....                       | 108    |
| tenofovir disoproxil fumarate..... | 51     |
| TEPMETKO.....                      | 39     |
| terazosin hcl.....                 | 63     |

|                                 |         |
|---------------------------------|---------|
| terbinafine hcl.....            | 26      |
| terconazole.....                | 26      |
| teriflunomide.....              | 76      |
| teriparatide.....               | 110     |
| testosterone.....               | 91      |
| testosterone cypionate.....     | 91      |
| TESTOSTERONE ENANTHATE.....     | 91      |
| tetrabenazine.....              | 75      |
| tetracycline hcl.....           | 14      |
| THALOMID.....                   | 29      |
| theophylline er.....            | 124     |
| thioridazine hcl.....           | 45      |
| thiothixene.....                | 45      |
| tiadylt er.....                 | 67      |
| tiagabine hcl.....              | 17      |
| TIBSOVO.....                    | 39      |
| ticagrelor.....                 | 62      |
| TICOVAC.....                    | 108,109 |
| tigecycline.....                | 8       |
| timolol maleate.....            | 66,120  |
| tinidazole.....                 | 8       |
| tiotropium bromide.....         | 123     |
| tis-u-sol.....                  | 116     |
| TIVICAY.....                    | 50      |
| TIVICAY PD.....                 | 50      |
| tizanidine hcl.....             | 49      |
| TOBI PODHALER.....              | 124     |
| tobramycin.....                 | 119,124 |
| tobramycin sulfate.....         | 6       |
| tobramycin-dexamethasone.....   | 118     |
| TOLAK.....                      | 80      |
| tolterodine tartrate.....       | 88      |
| tolterodine tartrate er.....    | 88      |
| tolvaptan.....                  | 84      |
| TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE..... | 116     |
| topiramate.....                 | 16      |
| toremifene citrate.....         | 29      |
| torsemide.....                  | 70      |
| TOUJEO MAX SOLOSTAR.....        | 59      |
| TOUJEO SOLOSTAR.....            | 59      |
| TPN ELECTROLYTES.....           | 84      |

|                                    |       |                                     |     |
|------------------------------------|-------|-------------------------------------|-----|
| TRADJENTA.....                     | 58    | trivora (28).....                   | 98  |
| tramadol hcl.....                  | 4     | TRIZIVIR.....                       | 52  |
| tramadol hcl er.....               | 3     | trospium chloride.....              | 88  |
| tramadol-acetaminophen.....        | 4     | TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....   | 116 |
| trandolapril.....                  | 64    | TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....       | 116 |
| TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER..... | 70    | TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....   | 116 |
| tranexamic acid.....               | 62    | TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE..... | 116 |
| tranylcypromine sulfate.....       | 21    | TRULICITY.....                      | 58  |
| travoprost (bak free).....         | 121   | TRUMENBA.....                       | 109 |
| trazodone hcl.....                 | 22    | TRUQAP.....                         | 39  |
| TRECATOR.....                      | 27    | TUKYSA.....                         | 39  |
| TRELEGY ELLIPTA.....               | 126   | tulana.....                         | 99  |
| TREMFYA.....                       | 103   | TURALIO.....                        | 39  |
| TREMFYA ONE-PRESS.....             | 103   | turqoz.....                         | 98  |
| TREMFYA PEN.....                   | 103   | TWINRIX.....                        | 109 |
| TREMFYA-CD/UC INDUCTION.....       | 104   | TYBOST.....                         | 52  |
| TRESIBA.....                       | 60    | TYENNE.....                         | 104 |
| TRESIBA FLEXTOUCH.....             | 60    | TYMLOS.....                         | 110 |
| tretinoin.....                     | 41,77 | TYPHIM VI.....                      | 109 |
| tri femynor.....                   | 97    | <b>U</b>                            |     |
| tri-estarylla.....                 | 97    | UDENYCA.....                        | 62  |
| tri-linyah.....                    | 98    | ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE.....   | 116 |
| tri-mili.....                      | 98    | UNIFINE OTC PEN NEEDLES.....        | 116 |
| tri-nymyo.....                     | 98    | UNIFINE PENTIPS.....                | 116 |
| tri-sprintec.....                  | 98    | UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....     | 116 |
| tri-vylibra.....                   | 98    | UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE..... | 116 |
| triamcinolone acetonide.....       | 76,79 | UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....       | 117 |
| triamterene-hctz.....              | 70    | unithroid.....                      | 100 |
| triazolam.....                     | 127   | UPTRAVI.....                        | 125 |
| triderm.....                       | 79    | ursodiol.....                       | 86  |
| trientine hcl.....                 | 84    | <b>V</b>                            |     |
| TRIENTINE HCL.....                 | 84    | valacyclovir hcl.....               | 54  |
| trifluoperazine hcl.....           | 45    | VALCHLOR.....                       | 80  |
| TRIFLURIDINE.....                  | 119   | valganciclovir hcl.....             | 49  |
| trihexyphenidyl hcl.....           | 43    | valproate sodium.....               | 16  |
| TRIKAFTA.....                      | 124   | valproic acid.....                  | 16  |
| trimethoprim.....                  | 8     | valsartan.....                      | 63  |
| trimipramine maleate.....          | 23    | valsartan-hydrochlorothiazide.....  | 70  |
| TRINTELLIX.....                    | 22    | VALTOCO 10 MG DOSE.....             | 17  |
| TRIUMEQ.....                       | 52    |                                     |     |
| TRIUMEQ PD.....                    | 52    |                                     |     |

|                                     |     |                                 |       |
|-------------------------------------|-----|---------------------------------|-------|
| VALTOCO 15 MG DOSE.....             | 17  | VIREAD.....                     | 52    |
| VALTOCO 20 MG DOSE.....             | 17  | VITRAKVI.....                   | 40    |
| VALTOCO 5 MG DOSE.....              | 17  | VIVOTIF.....                    | 109   |
| valtya 1/35.....                    | 98  | VIZIMPRO.....                   | 40    |
| VALTYA 1/50.....                    | 98  | volnea.....                     | 98    |
| vanadom.....                        | 127 | VONJO.....                      | 41    |
| vancomycin hcl.....                 | 8   | VOQUEZNA DUAL PAK.....          | 86    |
| VANFLYTA.....                       | 39  | VOQUEZNA TRIPLE PAK.....        | 86    |
| VAQTA.....                          | 109 | VORANIGO.....                   | 40    |
| varenicline tartrate.....           | 5   | voriconazole.....               | 26    |
| varenicline tartrate (starter)..... | 6   | VOSEVI.....                     | 50    |
| varenicline tartrate(continue)..... | 6   | VOWST.....                      | 117   |
| VARIVAX.....                        | 109 | VRAYLAR.....                    | 48    |
| VAXCHORA.....                       | 109 | vyfemla.....                    | 98    |
| VELIVET.....                        | 98  | vylibra.....                    | 98    |
| VELSIPITY.....                      | 104 | VYZULTA.....                    | 121   |
| VENCLEXTA.....                      | 39  |                                 |       |
| VENCLEXTA STARTING PACK.....        | 40  | <b>W</b>                        |       |
| venlafaxine hcl.....                | 22  | warfarin sodium.....            | 61    |
| venlafaxine hcl er.....             | 22  | WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE.....  | 117   |
| VEOZAH.....                         | 75  | WEGOVY.....                     | 70    |
| VEPPANU.....                        | 29  | WELIREG.....                    | 30    |
| verapamil hcl.....                  | 67  | wera.....                       | 98    |
| VERAPAMIL HCL ER.....               | 67  | WINREVAIR.....                  | 125   |
| verapamil hcl er.....               | 67  | wixela inhub.....               | 126   |
| VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....    | 117 | wymzya fe.....                  | 98    |
| VERIFINE INSULIN SYRINGE.....       | 117 | WYOST.....                      | 110   |
| VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....       | 117 |                                 |       |
| VERQUVO.....                        | 70  | <b>X</b>                        |       |
| VERSACLOZ.....                      | 48  | XALKORI.....                    | 40    |
| VERZENIO.....                       | 40  | XARELTO.....                    | 61    |
| vestura.....                        | 98  | XARELTO STARTER PACK.....       | 61    |
| vienva.....                         | 98  | XATMEP.....                     | 106   |
| vigabatrin.....                     | 18  | XCOPRI.....                     | 16,19 |
| vigadrone.....                      | 18  | XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)..... | 19    |
| VIGAFYDE.....                       | 18  | XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)..... | 19    |
| vigpoder.....                       | 18  | XDEMVI.....                     | 118   |
| vilazodone hcl.....                 | 23  | xelria fe.....                  | 98    |
| VIMKUNYA.....                       | 109 | XERMELO.....                    | 85    |
| viorele.....                        | 98  | XIFAXAN.....                    | 8     |
| VIRACEPT.....                       | 53  | XIGDUO XR.....                  | 58    |

|                                  |       |
|----------------------------------|-------|
| XIIDRA.....                      | 118   |
| XOFLUZA (40 MG DOSE).....        | 54    |
| XOFLUZA (80 MG DOSE).....        | 54    |
| XOLAIR.....                      | 104   |
| XOSPATA.....                     | 40    |
| XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)..... | 40    |
| XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....  | 40    |
| XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)..... | 40    |
| XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....  | 40    |
| XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)..... | 40    |
| XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....  | 40,41 |
| XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)..... | 41    |
| XTANDI.....                      | 29    |
| XTRENBO.....                     | 111   |
| xulane.....                      | 98    |

## Y

|               |     |
|---------------|-----|
| YESINTEK..... | 104 |
| YF-VAX.....   | 109 |
| yuvaferm..... | 98  |

## Z

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| zafemy.....               | 98  |
| zafirlukast.....          | 122 |
| zaleplon.....             | 127 |
| ZARXIO.....               | 62  |
| ZEJULA.....               | 41  |
| ZELBORAF.....             | 41  |
| zenatane.....             | 77  |
| ZENPEP.....               | 88  |
| zidovudine.....           | 52  |
| ziprasidone hcl.....      | 48  |
| ziprasidone mesylate..... | 48  |
| ZIRGAN.....               | 119 |
| zoledronic acid.....      | 111 |
| ZOLINZA.....              | 31  |
| zolpidem tartrate.....    | 127 |
| ZONISADE.....             | 19  |
| zonisamide.....           | 19  |
| zovia 1/35 (28).....      | 98  |
| ZTALMY.....               | 18  |

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| zumandimine.....           | 98  |
| ZURZUVAE.....              | 21  |
| ZYDELIG.....               | 41  |
| ZYKADIA.....               | 41  |
| ZYMFENTRA (1 PEN).....     | 106 |
| ZYMFENTRA (2 PEN).....     | 106 |
| ZYMFENTRA (2 SYRINGE)..... | 106 |
| ZYPREXA RELPREVV.....      | 48  |



## 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](mailto: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>

---

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

A20275MAD-SP\_0726

Y0118\_26\_193D\_COM\_C 07262026

09/01/2026



## 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 सेवाएं 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

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

## ភាសាខ្មែរ

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរសេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-776-4466 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

فارسی

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 ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ 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 serbisyonang 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 09/01/2026 . Para obtener información más reciente o hacer otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield of California llamando al (800) 776-4466 o, para usuarios del sistema TTY, al 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m PT, o visite [blueshieldca.com/medformulary2027](https://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 (800) 776-4466 [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](https://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